

**Rapport stratégique sur la  
protection sociale et l'inclusion  
sociale 2006-2008**

**BELGIQUE**

# INDEX

<b>Chapitre I : Introduction générale.....</b>	<b>5</b>
<b>Section 1.1. Etat des lieux de la situation sociale.....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Bien-être, protection sociale et pauvreté.....	5
1.1.2. Santé et soins de longue durée .....	5
1.1.3. Travail, activation et formation.....	6
1.1.4. Les prestations de sécurité sociale et assistance sociale .....	6
1.1.5. Le logement .....	7
1.1.6. Démographie - information.....	7
<b>Section 1.2. Approche stratégique générale.....</b>	<b>7</b>
1.2.1. Une sécurité sociale forte, viable, juste et solidaire.....	7
1.2.2. La stratégie de Lisbonne et le renforcement mutuel de l'emploi, du social et de l'économique.....	9
1.2.3. La santé: un nouveau défi .....	9
1.2.4. Améliorer la gouvernance.....	10
<b>Chapitre 2. Le Plan d'Action National Inclusion .....</b>	<b>12</b>
<b>Section 2.1. Défis clés, objectifs prioritaires et résultats visés .....</b>	<b>12</b>
2.1.1. Un logement correct et abordable pour chacun .....	12
2.1.2. Activation et diversité : Plus de travailleurs parmi les groupes à risque .....	13
2.1.3. Pauvreté infantile : Rompre l'engrenage de la pauvreté.....	14
<b>Section 2.2. Garantir à chacun un logement abordable et de qualité en intervenant sur         le marché locatif .....</b>	<b>16</b>
2.2.1. Mesures politiques .....	16
2.2.2. Indicateurs et modalités de suivi.....	18
2.2.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif .....	18
<b>Section 2.3. Développer l'activation et la diversité dans l'emploi et dans l'intégration         sociale .....</b>	<b>18</b>
2.3.1. Mesures politiques .....	18
2.3.2. Indicateurs et modalités de suivi.....	21
2.3.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif .....	21
<b>Section 2.4. Lutter contre la pauvreté qui frappe les enfants .....</b>	<b>22</b>
2.4.1. Mesures politiques .....	22
2.4.2. Indicateurs et modalités de suivi.....	23
2.4.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif .....	24
<b>Section 2.5. Dispositions prises pour une meilleure gouvernance .....</b>	<b>24</b>
2.5.1. Processus préparatoire .....	24
2.5.2. Coordination politique .....	24
2.5.3. Mobilisation et implication des acteurs .....	25
2.5.4. Mainstreaming .....	25
2.5.5. Monitoring et dispositions adoptées en vue de l'évaluation.....	25

<b>Chapitre 3. Rapport Stratégique National Pension.....</b>	<b>27</b>
<b>Section 3.1. Des pensions suffisantes .....</b>	<b>27</b>
3.1.1. Objectif politique et données contextuelles .....	27
3.1.2. Mesures .....	27
A. Mesures en vue d'un revenu de pension suffisant .....	28
B. Mesures en vue de garantir un niveau de vie acceptable aux pensionnés.....	29
<b>Section 3.2. Viabilité financière des régimes de pension .....</b>	<b>29</b>
3.2.1. Objectif politique et données contextuelles .....	29
3.2.2. Mesures .....	30
A. Mesures en vue de la viabilité financière des régimes de pension.....	30
B. Mesures de renforcement de la tendance à la hausse du taux d'activité.....	30
<b>Section 3.3. La modernisation des régimes de pension.....</b>	<b>31</b>
3.3.1 Objectif politique et données contextuelles .....	31
3.3.2. Mesures .....	32
A. Mesures qui répondent aux besoins de la société moderne .....	32
B. Mesures informatives .....	32
<b>Chapitre 4. Les soins de santé et les soins de longue durée .....</b>	<b>33</b>
<b>Section 4.1. Principaux challenges et Aperçu des évolutions récentes en matière de soins de santé et de soins de longue durée.....</b>	<b>33</b>
<b>Section 4.2. Les soins de santé .....</b>	<b>35</b>
4.2.1. Brève description du système de soins de santé .....	35
4.2.2. Assurer l'accès aux soins de santé : Universalité, Equité, Solidarité .....	35
A) Une assurance publique obligatoire large couvrant quasi la totalité de la population .....	35
B) Bonne accessibilité générale .....	36
C) Mesures pour réduire les « obstacles financiers » .....	36
D) Mesures pour réduire les « obstacles non financiers » .....	38
4.2.3. Promouvoir la qualité des soins .....	39
A) Des soins de qualité pour tous ! .....	39
B) La qualité des traitements : .....	40
C) La qualité des prestataires .....	41
D) Le respect des droits du patient .....	42
4.2.4. Garantir la viabilité financière de soins accessibles et de qualité.....	43
A) Evolution des dépenses : tendance maîtrisée tenant compte du coût du vieillessement .....	43
B) Fixation d'une norme de croissance des dépenses publique de santé.....	43
C) Monitoring des dépenses publiques de santé .....	44
D) Outils de maîtrise de la norme de croissance des dépenses publiques de santé	44
E) Autres politiques de durabilité .....	45
F) Financement complémentaire (ou privé) des dépenses de santé .....	46
<b>Section 4.3. Les soins de longue durée.....</b>	<b>46</b>
4.3.1. Brève description du système de soins de long-terme .....	46
4.3.2. Assurer l'accès aux soins de long-terme.....	47
A) Une offre de soins aux personnes âgées qui se développe constamment pour répondre à l'évolution des besoins.....	47
B) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins aux personnes âgées	49

C) Une offre de soins de longue durée qui se spécialise.....	50
D) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins de longue durée.....	52
E) Les nécessaires collaborations entre ces divers services de soins de longue durée et de soins aux personnes âgées .....	53
4.3.3. Promouvoir la qualité des soins de long-terme.....	54
4.3.4. Garantir la viabilité financière de soins de long terme accessibles et de qualité .....	55

## ANNEXES

56

<b>Annexe au chapitre I.....</b>	<b>57</b>
Annexe 1. Description et évaluation de la situation sociale .....	58
Annexe 1.1. Analyse de la situation sociale .....	58
Annexe 1.2. Analyse des performances et de la soutenabilité du système de protection sociale .....	69
<b>Annexes au chapitre II*.....</b>	<b>79</b>
Annexe Inclusion 1. Les Bonnes pratiques.....	80
Annexe Inclusion 2. Rapport sur la mise en œuvre du PAN Inclusion 2003-2005 et de son actualisation pour 2005-2006 .....	100
Annexe Inclusion 3. Toutes les actions en détail.....	101
Annexe Inclusion 4. Liste des abréviations utilisées .....	102
<b>Annexe au chapitre III.....</b>	<b>103</b>
<b>Annexes au chapitre IV .....</b>	<b>108</b>
Annexes 4.1. Détails descriptifs.....	109
Annexe 4.1.1 Partage des compétences en matière de santé .....	109
Annexe 4.1.2. Le régime de l'assurance obligatoire soins de santé .....	111
Annexe 4.2. Les exemples de « Good Patrice » .....	116
Annexe 4.3. Analyse statistique Santé (par indicateurs).....	139

\*Les indicateurs du PAN Inclusion se trouvent dans une annexe séparée.

# Chapitre I : Introduction générale

## Section 1.1. Etat des lieux de la situation sociale

### 1.1.1. *Bien-être, protection sociale et pauvreté*

La Belgique connaît un niveau de bien-être général élevé et dispose d'un système de protection social très développé. Le revenu médian disponible des ménages belges est en 2003 parmi les plus élevés dans la zone UE25 (7<sup>e</sup> place). Cette même année, 29,7 % du PIB étaient consacrés à la protection sociale (5<sup>e</sup> place dans UE25). Les prestations sociales (sans les pensions) réduisent le pourcentage de risque de pauvreté de 46 %, un résultat supérieur à la moyenne UE25, mais certains Etats membres affichent encore un meilleur score.

Dans ce contexte, la Belgique a un pourcentage de risque de pauvreté relatif (15 %) qui se situe aux alentours de la moyenne UE25 (16 %). En Belgique, en ce qui concerne le risque de pauvreté, et également par rapport à d'autres Etats membres, il existe une très grande différence entre les personnes qui travaillent (4 %), d'une part, et les chômeurs (28 %) et les autres inactifs (27 %), d'autre part. Les personnes âgées (65+) présentent aussi manifestement un risque de pauvreté plus élevé. Par rapport à la catégorie d'âge plus jeune (0-64 ans), les personnes âgées ont de risque de pauvreté 1,5 fois supérieur (21 % contre 14 %). Globalement, il n'y a pas de différence entre le risque de pauvreté des hommes et des femmes âgé(e)s. Par contre, des différences manifestes peuvent être constatées entre femmes âgées (24 %) et hommes âgés isolé(e)s (19 %). Cette différence est encore plus marquée parmi les personnes âgées de plus de 75 ans. Ces différences s'expliquent probablement par les profils de carrière différents, la carrière des femmes étant caractérisée par des interruptions et des rémunérations moins élevées, entre autres en raison du travail à temps partiel plus fréquent (cf. infra). Les personnes peu qualifiées ont un risque de pauvreté trois fois plus élevé que les personnes hautement qualifiées (23 % contre 7 %). Le pourcentage de risque de pauvreté des enfants (0-15 ans) et des jeunes adultes (16-24 ans), respectivement 17 % et 16 %, est proche du pourcentage moyen pour la population totale. Les parents isolés et les personnes qui vivent dans un ménage sans emploi rémunéré et avec enfants à charge, ainsi que les personnes de nationalité non UE-25, ont le risque de pauvreté le plus élevé.

### 1.1.2. *Santé et soins de longue durée*

Certains indicateurs importants témoignent d'une amélioration constante de la situation de santé globale de la population. Tant l'espérance de vie que l'espérance de vie en bonne santé continuent de progresser. Cette dernière augmentant plus rapidement que l'espérance de vie totale. Dans les deux domaines, la Belgique obtient un bon score au niveau européen, également en ce qui concerne la tendance. La mortalité infantile a fortement régressé au cours des 10 dernières années et continue de diminuer (12,1/1000 en 1980, 4,3/1000 en 2004).

Le taux de couverture des soins de santé est pratiquement total en ce qui concerne les interventions médicales lourdes (99 %) et est actuellement amélioré pour les interventions plus légères (couverture actuelle de 94 %), notamment au moyen de l'assurance obligatoire pour les travailleurs indépendants. Par rapport aux 12 autres Etats membres UE pour lesquels des données EU-SILC ont été collectées en 2004, le pourcentage de personnes (16+) qui déclarent en Belgique avoir reporté ou renoncé à un examen ou traitement médical pour des raisons financières est limité: 1,8 %.

Lorsqu'il est également tenu compte d'examen dentaires, ce pourcentage augmente à 4 %. Avec ce score, la Belgique se situe parmi les meilleurs Etats membres. Toutefois, d'autres sources pour lesquelles d'autres types de questions ont été utilisés produisent des chiffres supérieurs. Le développement des indicateurs pour cet aspect et d'autres en matière de santé et de soins de longue durée constitue un défi spécifique. La plupart des indicateurs de santé révèlent des différences importantes entre des catégories de la population aisées et moins aisées. Dans ce cadre, l'accessibilité entre autres financière des soins de santé préventifs et curatifs est une préoccupation importante.

En matière de soins de longue durée, la viabilité est considérée sur le plan social et personnel, dans la perspective du vieillissement de la population, comme un défi important.

### **1.1.3. Travail, activation et formation**

En 2005, le taux d'emploi de 61,1 % est resté en dessous de la moyenne UE25. Les différences par rapport à la moyenne européenne concernaient exclusivement les jeunes (15-24 ans) et les personnes âgées (55-64 ans) d'âge actif. Ces catégories bénéficient par ailleurs d'une attention prioritaire au niveau de la politique d'emploi. Le chômage de longue durée, et principalement la part des adultes qui vivent dans un ménage sans emploi rémunéré, dépasse la moyenne européenne. Les personnes de nationalité "non-UE25", les personnes peu qualifiées et les personnes handicapées ont un taux d'emploi considérablement inférieur à celui de la population active globale. Parmi les salariés, le travail à temps partiel augmente. En 1995, 15,4 % des travailleurs salariés travaillaient à temps partiel. En 2005, ce pourcentage était passé à 24,1 %: 43,5 % chez les femmes et 8,1 % chez les hommes. Le taux d'activité se caractérise par ailleurs par des grandes différences régionales. Du point de vue de l'inclusion sociale, un défi important consiste à stimuler l'emploi pour une série de groupes cibles, sans augmenter le pourcentage de pauvres au travail, relativement bas en Belgique.

L'enseignement et la formation sont des facteurs déterminants cruciaux pour les opportunités sur le marché de l'emploi et l'épanouissement optimal des capacités personnelles. De ce point de vue, force est de constater qu'en ce qui concerne le pourcentage de jeunes qui terminent prématurément leurs études, il n'y a pas de tendance à la baisse en vue d'atteindre l'objectif 10 % pour 2010. En 2005, les jeunes qui terminent prématurément leurs études représentent 13 % en Belgique, contre une moyenne UE25 de 15 %. La participation à la formation continue a manifestement augmenté depuis le début des années 90. Avec un pourcentage de 10 %, la Belgique se situe toutefois encore toujours en dessous de la moyenne UE25 (10,8 %). Comme dans d'autres pays, la participation est plus forte parmi les personnes ayant eu une formation de base élevée que parmi les personnes dans la formation de base était plus faible.

### **1.1.4. Les prestations de sécurité sociale et assistance sociale**

Les prestations sociales sont un complément nécessaire d'une politique d'activation sur le marché du travail et un facteur stratégique pour une politique de lutte contre la pauvreté et en vue d'une cohésion sociale. Après avoir constaté au cours des années 1980 et 1990 que les prestations (minimales) accusaient un retard par rapport au développement du bien-être général, le maintien du niveau de vie au moyen des pensions et d'autres prestations sociales a été reconnu ces dernières années comme étant une priorité gouvernementale. A partir de 2008, le Pacte de solidarité entre les générations prévoit que le gouvernement se prononce tous les deux ans au sujet des moyens financiers qu'il affecte à une adaptation à l'évolution du bien-être général de toutes ou de certaines prestations de remplacement de revenus.

En ce qui concerne les revenus des personnes âgées, divers indicateurs relèvent que les revenus des personnes de plus de 65 ans, constitués de pensions pour 84 %, ne sont en moyenne pas élevés en Belgique et dans une optique internationale. A titre d'exemple, ils font référence au taux de revenu médian net relatif; le rapport entre le revenu

médian équivalent de la population de 65 ans et plus et le revenu médian équivalent de la catégorie d'âge complémentaire plus jeune de 0 à 64 ans est de 76 % en Belgique. La moyenne UE25 est de 87 %. En accordant une attention aux adaptations au bien-être, aux carrières atypiques principalement des femmes, aux pensions des travailleurs indépendants, on s'est efforcé ces dernières années d'améliorer le niveau des pensions actuelles et futures. Le gouvernement a récemment décidé d'augmenter au 1/12/2006 la protection de base pour les personnes âgées (GRAPA) au niveau du seuil de risque de pauvreté.

La politique en matière de prestations sociales destinées aux personnes qui n'ont pas accès au marché du travail vise, d'une part, la garantie d'un minimum adéquat, compte tenu des possibilités budgétaires et, d'autre part, l'élimination des pièges financiers du chômage et de l'inactivité. Une série de mesures récentes ont permis de supprimer en grande partie ces pièges du chômage. Toutefois, force est de constater que le niveau de certaines prestations minimales se situe encore toujours en dessous du seuil du risque de pauvreté. Il s'agit principalement des prestations de chômage, d'invalidité et d'assistance pour les couples (avec et sans enfants) et des prestations de chômage et d'assistance pour les personnes isolées (avec et sans enfants).

### **1.1.5. Le logement**

La situation de bon nombre de locataires est très précaire en ce qui concerne leurs revenus. Leur pourcentage de risque de pauvreté est deux fois plus élevé que celui des propriétaires: 27 % contre 11 %. Bien qu'un bon indicateur en ce qui concerne les logements abordables fasse défaut, des enquêtes précédentes permettent de soupçonner l'existence d'un problème financier important pour l'accès au logement sur le marché locatif privé en ce qui concerne les ménages à faibles revenus. Depuis 1995, le nombre de logements sociaux en pourcentage du nombre total des ménages est resté constant, à peu près 6 %, et ce pour les trois Régions. Pour les catégories sociales défavorisées, la qualité du logement semble moins bonne dans de nombreux cas. L'amélioration de la situation en matière de logement, afin d'obtenir des logements de qualité et abordables sur le marché locatif privé pour les catégories sociales défavorisées, constitue un défi important.

### **1.1.6. Démographie - information**

Les mesures et défis actuels doivent être mis en relation avec l'évolution démographique. Selon les prévisions, le rapport entre la population de 65 ans et plus et la population d'âge actif (15-64 ans) passera de 26% en 2004 à 46% en 2050. Le coût budgétaire du vieillissement, défini comme étant l'augmentation de l'ensemble des dépenses sociales des pouvoirs publics, représenterait 5,8% du PIB, selon les prévisions les plus récentes. Le maintien d'un niveau élevé de bien-être général et la garantie d'un niveau de vie et de soins adéquats pour tous les citoyens supposent que cette évolution soit préparée dans tous les domaines concernés.

## **Section 1.2. Approche stratégique générale**

### **1.2.1. Une sécurité sociale forte, viable, juste et solidaire**

Le gouvernement est convaincu qu'une sécurité sociale viable, forte, juste et solidaire est un outil de développement pour une économie dynamique et constitue un instrument indispensable pour la création d'emplois, l'amélioration du taux d'activité et du bien-être. Son objectif est de la renforcer.

La création d'emplois est, par excellence, la plus haute garantie pour assurer l'avenir de la sécurité sociale.

C'est dans cet esprit que le gouvernement veut, dans le même temps, des actions ambitieuses qui permettent de soutenir et de dynamiser l'économie et éviter le décrochage entre le niveau de protection sociale et l'évolution de la richesse nationale.

Le rapport d'avancement du programme national de réforme 2005-2008 (PNR) fait le point sur la mise en œuvre de cette stratégie.

Il fait largement écho aux mesures prises et annoncées en exécution du **contrat de solidarité entre générations** qui fait partie intégrale de la déclaration gouvernementale 2006.

Les partenaires sociaux négocieront dans les prochaines semaines un accord interprofessionnel qui devrait permettre de poursuivre le programme ainsi fixé.

La question du financement de la protection sociale n'est pas abordée par les travaux couverts par la méthode ouverte de coordination en matière sociale, elle est cependant centrale et il serait incongru de n'en rien dire dans un rapport stratégique social.

La **première priorité** du gouvernement, en matière de protection sociale, est **d'assurer de façon structurelle l'équilibre financier de la sécurité sociale**; sans augmenter le coût du travail, tout en maintenant un haut niveau de protection sociale.

La pression fiscale et parafiscale sur le travail est très élevée et risque de peser sur notre position concurrentielle au niveau mondial. La Belgique souhaiterait que cette problématique soit abordée dans le cadre de la convergence économique et sociale au niveau européen.

Afin de favoriser la création d'emplois, des mesures complémentaires de réduction de cotisations ont été introduites pour les jeunes et les travailleurs âgés, ainsi que pour favoriser le développement de la recherche. De nouvelles réductions de cotisations sont envisagées. Ces mesures sont décrites dans la partie emploi du rapport d'avancement du PNR belge.

La diminution de recettes de sécurité sociale résultant de ces réductions de cotisations a été compensée par le financement alternatif. Ce financement alternatif est de plus en plus diversifié, d'abord uniquement alimenté par un pourcentage des recettes de TVA, il est aujourd'hui alimenté entre autres, par des accises et un pourcentage des recettes sur le précompte mobilier.

Les nouvelles mesures de protection sociale en faveur de l'emploi (bonus emploi, titres services, outplacement...) sont financées par des enveloppes provenant du financement alternatif.

De manière à maîtriser les recettes, le gouvernement a décidé de renforcer la lutte contre le travail au noir et la fraude sociale. Il considère qu'une action concertée au niveau européen ou par la voie de coopération entre certains Etats membres serait appropriée pour garantir une lutte efficace contre la fraude.

La maîtrise des dépenses, notamment des soins de santé fait partie de la problématique d'un financement sain. La volonté du gouvernement est d'assurer un financement adéquat des soins de santé, tout en mettant en œuvre des mécanismes de contrôle des coûts et de responsabilisation des acteurs (prestataires de soins, hôpitaux, organismes assureurs...). Cette politique porte ses fruits, comme le montre le chapitre 4 du rapport.

La **deuxième priorité** du gouvernement en matière de protection sociale est la **liaison au bien-être des allocations sociales**. Ce mécanisme garantit le maintien d'un niveau de protection sociale décent.

Le Chapitre 3 du rapport développe cette stratégie en matière de pensions et décrit le mécanisme structurel de liaison au bien-être mis au point avec les partenaires sociaux.

Cette stratégie est également applicable aux autres prestations sociales non abordées dans ce rapport.

Outre ces priorités, la stratégie belge en matière sociale repose également sur:



- une gestion rigoureuse des finances publiques et une diminution de la dette publique (qui atteint le niveau le plus bas depuis un quart de siècle), ce qui dégage des moyens pour faire face au coût budgétaire du vieillissement ;
- une politique visant à la réforme du marché du travail (allant de la sécurité dans un emploi à la sécurité de l'activité (de la carrière) ;
- la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, par une approche multidimensionnelle.
- Le relèvement du montant du revenu minimum afin de rendre le travail plus attractif.

### **1.2.2. La stratégie de Lisbonne et le renforcement mutuel de l'emploi, du social et de l'économie**

Des liens étroits existent entre le programme national de réforme (PNR) et le rapport stratégique social.

En ce qui concerne **l'emploi**, nous pouvons renvoyer dans le Chapitre 2 sur l'inclusion sociale, au deuxième défi-clé identifié: **activation et diversité** dont l'objectif prioritaire est **d'augmenter le taux d'activité des groupes à risque** (femmes, population infra scolarisée, population de nationalité ou d'origine étrangère, handicapés). En s'attachant aussi à la formation continue des moins scolarisés et à la lutte contre le décrochage scolaire et en portant une attention particulière aux trajets vers l'emploi des groupes cibles.

Dans le Chapitre 3 sur les retraites, la question du **vieillessement actif** et des mesures prises dans le cadre du contrat de solidarité entre les générations est plus largement décrite.

Enfin, l'importance des soins de santé et des soins de longue durée tend à montrer que le secteur des services de santé peut être porteur d'emploi.

En ce qui concerne la partie **macro économique** du PNR, le lien peut être fait avec la question des finances publiques et de la maîtrise des coûts abordée tant dans le chapitre 3- pensions qui rappelle la stratégie belge, liée au fonds du vieillissement, que dans la partie santé qui aborde la question de l'équilibre qualité-accessibilité/coûts..

Le rapport social traite également de la question des **revenus** et des prestations sociales, question centrale dans la lutte contre la pauvreté.

Le premier défi clé identifié dans la partie inclusion: **un logement correct et abordable pour chacun** complète la description de la problématique des revenus. Les autorités belges répondent ainsi aux observations reprises pour la Belgique de manière constante dans les rapports conjoints sur l'inclusion sociale (2004, 2005) et dans "Social inclusion in Europe 2006".

Le plan de développement durable belge retient également la question du logement parmi ses actions prioritaires.

Enfin, le chapitre inclusion met l'accent sur la **pauvreté des enfants**. Pour rencontrer ce défi, une approche mainstreaming qui couvre l'éducation, le revenu, l'emploi, la santé, les transports ...est indispensable. La responsabilité des pouvoirs publics d'offrir les mêmes chances pour tous (et donc de corriger les inégalités) se trouve dans ce défi fortement interpellée.

### **1.2.3. La santé: un nouveau défi**

La partie **santé** est neuve dans le processus européen, dans les versions ultérieures des rapports stratégiques sociaux, une meilleure articulation entre les parties sera possible. La stratégie belge visant à offrir des soins de santé de qualité pour tous, à un prix abordable, tout en maîtrisant l'augmentation globale des coûts du système y est développée.

Le cercle vicieux devant lequel les personnes souffrant de maladies psychiques se trouvent, de la maladie vers l'exclusion et de l'exclusion vers la maladie, implique des actions concertées et une réflexion approfondie dans laquelle la question du statut social des personnes concernées devrait être abordé.

#### **1.2.4. Améliorer la gouvernance**

##### **■ Processus de rédaction des rapports stratégiques**

En ce qui concerne la coordination politique, la Belgique a, en raison de sa structure constitutionnelle, développé une pratique de concertation entre tous les niveaux de pouvoirs législatifs compétents<sup>1</sup>: le gouvernement fédéral, les régions et les communautés. Le PNR, rédigé dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, a fait l'objet d'une coordination entre ces autorités. Pour la rédaction de ce rapport stratégique, des structures nouvelles ont par ailleurs été mises en place afin de réaliser une coordination au stade même de sa rédaction.

Le présent rapport, qui intègre pour la première fois les trois éléments de la MOC, a, de même, suscité la création d'une structure ad hoc de rédaction et de concertation, qui s'est appuyée sur les réseaux mis en place lors des rapports précédents.

Les administrations compétentes ont été, quant à elles, tantôt associées, tantôt rédactrices, ou encore à l'origine de certains choix opérés dans ces rapports (comme le PANincl par exemple).

Le rapport a été soumis aux partenaires sociaux pour avis.

Des processus et des structures ad hoc de préparation et de suivi du PAN-incl<sup>2</sup> existaient déjà, et faisaient intervenir une pluralité d'acteurs, dont les associations de personnes vivant en situation de pauvreté et d'exclusion sociales, mais ont été renforcés en vue d'améliorer la participation et transparence des processus. C'est ainsi que le 'groupe actions' a été singulièrement élargi et, il est important de le souligner, a été à l'origine de la proposition des objectifs stratégiques. Le processus 'bottom up' s'est également trouvé renforcé par une meilleure prise en compte des nombreuses recommandations inscrites dans le rapport "abolir la pauvreté" publié en décembre 2005 par le service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et qui émanent des groupes de concertation réunis pendant deux ans dans le cadre de la "méthode de dialogue".

##### **■ Inclusion: expérience pilote: médiateurs de terrain**

Afin de réduire le fossé qui existe entre les personnes touchées par la pauvreté et la société, et de mieux sensibiliser cette dernière à la problématique de l'exclusion sociale, le gouvernement fédéral a lancé une expérience en 2004. Des personnes ayant une expérience probante de la pauvreté et de l'exclusion sociale reçoivent une formation spécifique qui les habilite à utiliser leur expérience de la pauvreté d'une manière professionnelle au sein des services du gouvernement. Actuellement, 18 médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale travaillent dans 10 services publics fédéraux différents.

---

<sup>1</sup> La répartition des compétences en matière de santé est expliquée à l'annexe 4.1.1. du chapitre s'y rapportant. L'inclusion sociale, en raison de la multidimensionalité de l'approche adoptée, relève de tous les niveaux de pouvoirs.

<sup>2</sup> La Belgique a opté pour l'adjonction d'un PAN-incl en annexe au rapport, comme souhaité par les associations.

## ■ Santé

Les structures de concertation existantes entre les communautés et régions et le fédéral ont été mises à profit pour coordonner la rédaction du rapport. Cette coordination, exemple de bonne gouvernance est particulièrement fructueuse en matière de soins de longue durée.

A l'image de ce qui a été fait en matière d'inclusion, il est envisagé d'activer un groupe indicateurs et un groupe actions de manière à suivre l'évolution de la partie santé du rapport.

En ce qui concerne **le monitoring** des actions et des objectifs, une évaluation annuelle et transversale sera prévue en concertation avec les responsables du PNR, du plan DD et les partenaires sociaux.

La partie I sera suivie au moyen du set des indicateurs globaux de la MOC (méthode ouverte de coordination) sociale. Ce suivi sera assuré par la délégation belge de l'ISG en concertation avec les responsables de la stratégie emploi.

La partie II est suivie par les groupes permanents visés ci-dessus en concertation avec le service de lutte contre la pauvreté.

La partie III est suivie principalement par le comité d'étude du vieillissement déjà mentionné. Un suivi des indicateurs pensions sera également assuré par la délégation belge ISG en concertation avec les responsables politiques pension.

La partie IV fait l'objet de suivi dans différents cercles:

L'enquête de santé par interview est la première source de données en Belgique. L'enquête 2004 a accordé une place particulière à la situation des personnes âgées.

Le Centre d'expertise plus amplement décrit dans le rapport a un important rôle (KCE) d'évaluation.

Une concertation en vue d'assurer la cohérence avec les actions entreprises avec l'aide des Fonds structurels européens liés à la mise en œuvre de la stratégie de Lisbonne, pour les volets sociaux, doit encore être activée.

## Chapitre 2. Le Plan d'Action National Inclusion

### Section 2.1. Défis clés, objectifs prioritaires et résultats visés

#### 2.1.1. Un logement correct et abordable pour chacun

Garantir à chacun un logement correct à un prix abordable reste un des plus grands défis politiques de la Belgique. Le marché belge du logement se caractérise par un nombre élevé de propriétaires et par un marché locatif limité, dans lequel l'offre de logements sociaux ne suffit pas à rencontrer les besoins. Depuis 1995, le rapport entre le nombre de logements sociaux et le nombre total des ménages est resté constant, autour des 6%. De longues listes d'attente existent dans les trois Régions. C'est l'un des indicateurs du besoin de logements, mais pas le seul. Le marché locatif privé se caractérise par une offre déficitaire dans le segment inférieur, avec des logements souvent trop chers et de qualité médiocre. Certains sont exploités par des marchands de sommeil, avec pour principales victimes les personnes séjournant illégalement en Belgique.

Des recherches ont montré qu'il y a eu une forte augmentation du coût du logement dans le courant des années '90. En conséquence, un groupe important de locataires cumule une faible position sur l'échelle des revenus avec des coûts de logement relativement élevés. L'indicateur PAN Inclusion sur le coût du logement indique qu'en 2003 33% des locataires ayant des revenus inférieurs à la médiane consacraient plus d'un tiers de leur budget familial à leur logement. Il ressort également de recherches passées que les problèmes d'accessibilité financière du logement se situent essentiellement auprès des personnes qui louent un logement sur le marché locatif privé.

Il apparaît que la qualité du logement est souvent moins élevée pour les personnes qui ne viennent pas de l'Europe des 25, ainsi que pour les ménages à faible intensité de travail et ayant des enfants. Ces catégories occupent plus fréquemment des logements comptant au moins deux problèmes structurels ou disposant d'un espace insuffisant. Les catégories sociales vulnérables (parents isolés, chômeurs, malades/invalides) vivent plus fréquemment dans des logements présentant deux manquements ou plus, tout comme les occupants d'un logement locatif. Les ménages bruxellois sont nettement plus confrontés que les ménages des autres Régions à un manque d'espace (17% contre environ 4% pour les autres Régions). Les ménages wallons et bruxellois (23%) habitent davantage dans des logements présentant un manquement structurel que les ménages flamands (14%).

Pour garantir à chacun un logement correct à un prix abordable, il faut impérativement que les Régions développent, en harmonisation avec le niveau fédéral, une politique du logement globale et cohérente intégrant différentes pistes.

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

	2003	2004	2008	2010
Belgique	6,2%	6,3%	7%	8%

### **2.1.2. Activation et diversité : Plus de travailleurs parmi les groupes à risque**

Partant du constat que le travail forme un rempart décisif contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'activation avait déjà été mise en avant en tant que priorité politique importante dans le PAN Inclusion 2001-2003. Des mesures d'activation visant à promouvoir l'insertion professionnelle des groupes à risque via des stimuli financiers, via l'élimination des pièges à l'emploi et via le développement de l'économie sociale, constituent une constante dans les PAN Inclusion déjà mis en oeuvre.

Le Programme National de Réforme a mis en évidence une large politique du marché du travail, à travers laquelle on vise un emploi valable pour chacun, jeune ou vieux, et dans laquelle l'accent est mis sur l'augmentation du taux d'emploi et sur la création de nouveaux postes de travail.

En 2005, avec 61,1%, le taux d'emploi de la Belgique était inférieur à la moyenne de l'Europe des 25 (63,8%). Une part importante de cette différence est due à la faible participation des travailleurs âgés. Néanmoins, dans le cadre de ce chapitre, les objectifs ont été centrés autour de certains groupes à risque, les aspects liés aux travailleurs plus âgés seront traités dans le chapitre 3. Les indicateurs confirment l'importante sous-participation au travail de certains groupes spécifiques. Le taux d'emploi des personnes qui n'ont pas la nationalité d'un des états de l'Europe des 25, des personnes infra scolarisées et des personnes avec un handicap demeure très en dessous de celui de la population active totale. Les isolés, les personnes de formation inférieure, et surtout les parents isolés et les personnes de nationalité extérieure à l'Europe des 25, courent un risque nettement accru de chômage de longue durée. En 2005, la proportion de personnes vivant dans un ménage sans travail rémunéré était en Belgique une des plus élevée de l'Europe des 25 (13,5% contre 10% pour l'Europe des 25). On constate que l'augmentation pourtant sensible du taux d'emploi féminin (de 44,6% en 1992 à 53,8% en 2005) ne s'est pas accompagnée d'une diminution du pourcentage de ménages sans travail rémunéré. Il semble donc que cette augmentation ait surtout été le fait de ménages dans lesquels le travail rémunéré était déjà présent. Certains groupes nécessitent de toute évidence des mesures spécifiques en matière d'accompagnement vers l'emploi. Compte tenu du pourcentage élevé de risque de pauvreté pour les personnes qui vivent dans un ménage sans travail, l'attention à la protection du revenu reste essentielle.

Partant de ces constats, et en complément de la politique générale du marché du travail, le thème "activation et diversité" sera mis en avant dans ce PAN Inclusion comme un défi politique essentiel. Pour augmenter le taux d'emploi des groupes à risque, des mesures spécifiques et différenciées doivent être prises pour les personnes concernées de façon à les amener vers l'emploi, et des efforts doivent être développés pour leur rendre plus accessible le marché du travail.

**Target 1:** Augmenter le taux d'emploi de groupes cibles spécifiques, à savoir les personnes de nationalité extérieure à l'Europe des 25, les personnes infra scolarisées, et les personnes avec un handicap.

	2005	2008	2010
Population active totale	61,1%	66%	70%
Femmes	53,8%	55%	60%
Infra scolarisés	32,6%	40%	50%
Personnes avec un handicap	35,6%	40%	50%

Target 2. Ramener le taux de chômage des personnes de nationalité ou d'origine étrangère au niveau de celui des travailleurs belges.

	2005		Rapport UE/Non UE		
	Non UE	UE	Indice 2005	Target 2008	Target 2010
Belgique	32,2%	7,9%	24,53	70	100
Bruxelles	34,6%	14,0%	40,46	76	100
Flandre	25,6%	5,2%	20,31	68	100
Wallonie	39,4%	11,6%	29,44	72	100

Target 3: augmenter la participation à la formation tout au long de la vie, en particulier pour les personnes ayant un faible niveau de formation initiale. Il s'agit ici du pourcentage de la population âgée de 25 à 64 ans qui a participé à une formation ou à un enseignement au cours des 4 semaines ayant précédé l'enquête sur les Forces de Travail.

	2003	2004	2008	2010
Belgique	8,5%	9,5%	11,5%	12,5%
De formation inférieure	2,6%	3,2%	4,5%	6,25%

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 ne suivent plus aucune forme d'enseignement ou de formation.

	2005	2008	2010
Belgique	13%	11%	10%

### **2.1.3. Pauvreté infantile : Rompre l'engrenage de la pauvreté**

Observer la pauvreté et l'exclusion sociale en partant de la perspective des enfants est assez nouveau en Belgique. Dans le Rapport Général sur la Pauvreté (1994) l'importance de la famille et des mesures de protection de la vie familiale des personnes vivant dans la pauvreté a été mise en avant comme un maillon essentiel dans la lutte contre la pauvreté. Se focaliser sur une des composantes de la famille, en l'occurrence les enfants, et observer les choses de ce point de vue, permet toutefois de dégager de nouvelles pistes pour mettre fin à l'engrenage de la pauvreté, qui fait que la pauvreté passe de génération en génération.

Le taux de pauvreté infantile de la Belgique est inférieur à la moyenne de l'Europe des 25 (17% contre 19%). Mais, tout comme dans la majorité des états membres, le risque de pauvreté des enfants (- de 16 ans) est légèrement supérieur au pourcentage de risque de pauvreté de la population totale. Les enfants de parents isolés, et a fortiori les enfants qui vivent dans des ménages dont aucun membre ne travaille, sont confrontés à un risque de pauvreté particulièrement élevé, respectivement 36% et 70%. Pour ces catégories, les chiffres sont supérieurs à la moyenne européenne. La situation difficile de ces familles se reflète également dans d'autres domaines, comme la (im)possibilité de partir en vacances. Avec près de 13%, le pourcentage d'enfants qui vivent dans un ménage sans travail rémunéré se situe parmi les plus élevés d'Europe.

En dépit du rôle joué par l'enseignement, la tendance à la reproduction de l'infortune de génération en génération persiste. L'enquête PISA, de laquelle il ressort que les enfants dont les parents ont un statut socioprofessionnel élevé (quartile supérieur) obtiennent des scores nettement plus élevés aux tests d'aptitude à la lecture que les enfants dont les parents ont un faible statut socioprofessionnel (quartile inférieur), illustre bien ce phénomène.

Les enfants habitent un peu plus fréquemment que la population totale dans des logements présentant des manquements, et nettement plus fréquemment dans des logements présentant un manque d'espace. En matière de confort de base (bain ou douche, eau chaude courante, WC intérieur), les enfants sont en moyenne également moins bien lotis que la population globale.

Un facteur essentiel dans le combat pour briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté est le renforcement des possibilités qu'ont les personnes qui vivent en pauvreté de se construire une vie de famille autonome et de qualité dans laquelle les enfants trouveront un soutien dans leur développement et bénéficieront d'un maximum de chances pour donner corps à leur avenir sans être en cela perturbés par une accumulation de problèmes et de difficultés consécutifs à la pauvreté. En quelques mots, cela implique un revenu conforme à la dignité, un emploi de qualité, un logement de qualité également, de bonnes opportunités d'enseignement, ainsi que des possibilités de loisirs.

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 total est inférieur à 60% du revenu médian national équivalent

	2003	2008	2010
Belgique	17%	15%	12%

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

	2004	2005	2008	2010
Belgique	13,2%	12,9%	10%	7%

## **Section 2.2. Garantir à chacun un logement abordable et de qualité en intervenant sur le marché locatif**

### **2.2.1. Mesures politiques**

#### **Axe1: Agir sur l'offre, tant quantitativement que qualitativement**

L'accès au logement et la qualité de celui-ci constituent une priorité dans les politiques mises en œuvre. Ainsi, la Flandre actualise le régime des aides au loyer en le centrant sur le contrôle de la qualité et le respect des normes minimales de qualité, étudie la possibilité de créer un fonds pour les garanties, stimule le service des agences immobilières sociales, et poursuit le développement des unions de locataires. L'offre de logements modestes est par ailleurs élargie, et la mixité entre logement social et privé est recherchée. Dans la même optique, la Région wallonne concrétisera le volet logement de son Plan "HP", mobilisera du patrimoine privé, améliorera la qualité des locations modestes, conclura des partenariats avec le privé et stimulera la création de logements "communautaires". De son côté, la Région de Bruxelles-Capitale prévoit la construction de 5.000 nouveaux logements, stimule la transformation de bureaux abandonnés en logements et l'occupation des logements vides au dessus des commerces, et réduira le précompte immobilier dans les quartiers à discrimination positive.

#### **Axe 2: Abaisser le seuil d'accès au logement en agissant tant sur le coût que sur les revenus**

Au niveau fédéral, des grilles indicatives de loyers seront déterminées dans le cadre des commissions paritaires locatives. La création d'un fonds pour le paiement des cautions est examinée. En Flandre, le régime des aides au loyer connaîtra des modalités simplifiées. On examinera par ailleurs dans quelle mesure le revenu disponible, dans lequel il est tenu compte des dettes, peut servir de base pour l'inscription et pour l'attribution d'un logement. Les aides au loyer seront également réformées à Bruxelles, où leur accès sera facilité. Une expérience est entre autres prévue pour des groupes cibles spécifiques, tandis qu'une taxe régionale sur les immeubles laissés à l'abandon sera instaurée, qu'un Centre d'Information du logement sera créé, et qu'on procédera à une simplification administrative.

#### **Axe 3: L'accès à l'énergie et à l'eau**

Diverses mesures sociales en matière d'énergie sont entrées en vigueur en Flandre dès la libéralisation du marché de l'énergie en juillet 2003. Suite à une évaluation de fond, le principe d'un projet de décret ainsi que d'un projet d'arrêté ont été approuvés le 20 juillet 2006 par le gouvernement flamand. Ceux-ci prévoient notamment l'augmentation de la fourniture minimale d'électricité et une réglementation encore plus stricte des coupures. Entre-temps, un projet pilote visant la mise en œuvre de bilans énergétiques sociaux a lieu en Flandre orientale. En Région wallonne, le développement d'un fonds social de l'eau constitue un pas important vers l'instauration d'un véritable droit à l'énergie. La Région wallonne veillera en outre à un meilleur accès de tous au gaz et à l'électricité et à une meilleure protection des plus démunis. Dans les logements sociaux bruxellois, on installera progressivement des comptes



individuels dans le cadre des limites budgétaires et, en cas de rénovation, on veillera à favoriser les économies d'énergie et le recours aux énergies renouvelables.

#### ***Axe 4: Renforcer la position des locataires et stimuler la participation***

La Politique fédérale des Grandes Villes finance des projets pilotes en matière de commission paritaire locative sont financés par dans les villes de Charleroi, Gand et Bruxelles. Pour renforcer la position des locataires et leurs droits, l'enregistrement des contrats de bail, qui devront dès lors nécessairement être écrits, sera rendu obligatoire. Une règle de priorité pour les habitants de logements déclarés inhabitables sera reprise dans le nouvel arrêté flamand relatif au logement social, tandis que dans le cadre du nouveau régime flamand des allocations loyers les occupants de logements insalubres et/ou inhabitables recevront un soutien sous la forme d'une allocation loyer si ils déménagent vers un logement conforme. La taxe sur les logements abandonnés introduite en Flandre en 1995 a été modifiée en 2004, avec l'introduction d'une méthode plus homogène et plus objective pour déterminer le montant de la taxe. La Région wallonne veut améliorer l'accompagnement social des locataires sociaux et promouvoir la qualité de leur environnement. Dans le logement privé, les propriétaires qui, en Région wallonne, continuent à louer des logements frappés d'une interdiction, seront sanctionnés. A Bruxelles, les logements sociaux seront dotés de services sociaux professionnels, et les conseils consultatifs de locataires seront étendus à tous les logements sociaux.

#### ***Axe 5: «Socialiser» le logement privé***

En Flandre, le budget des agences immobilières sociales sera encore augmenté. Elles disposeront de nouvelles possibilités d'action et d'une campagne de promotion. La Région wallonne prévoit également un refinancement des AIS, essentiellement via une aide aux travaux de rénovation/réhabilitation dans les immeubles inoccupés qu'elles prennent en gestion. Un audit énergétique est également prévu pour ces logements. A Bruxelles, le parc AIS sera augmenté de 2.000 unités, tandis que le Réseau Habitat permet, par la mise en œuvre de son Plan pluriannuel, d'offrir différents services de type social aux habitants qui ne bénéficient pas d'un logement social: conseils en rénovation, accompagnement social et recherche de logement.

#### ***Axe 6: Renforcer l'accompagnement des sans-abri***

L'autorité fédérale lèvera les obstacles qui font qu'une personne sans-abri ne peut prendre une adresse de référence. Pour promouvoir l'intégration des sans-abri, la Région wallonne stimule la professionnalisation du secteur. En Région bruxelloise, plusieurs mesures sont également prévues: une concertation sur les missions prioritaires de l'insertion par le logement et l'intensification des programmes de cohésion sociale aura lieu, l'organisation d'un abri de nuit, l'augmentation du nombre de places d'hébergement pour les femmes, la création d'un lieu de parole, l'augmentation des moyens destinés au travail de rue, un soutien financier du logement accompagné, et la création d'un centre de référence. Pour sa part, la Communauté française développera un projet de sensibilisation des personnes sans abri à leur santé. La Communauté Germanophone est en train d'évaluer le décret du 9 mai 1994 portant l'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.

#### ***Axe 7: Agir transversalement et favoriser la coordination des différents niveaux de pouvoir***

Au niveau fédéral, des moyens supplémentaires pour le logement des personnes à bas revenus seront octroyés aux 15 villes et communes qui bénéficient déjà d'un soutien dans le cadre des contrats de ville, ainsi qu'à Malines et à Saint-Nicolas. Ces logements doivent notamment bénéficier aux personnes disposant d'un bas revenu. La CIM Politique des Grandes Villes et Logement prévoit l'organisation d'un dialogue entre

l'État fédéral et les entités fédérées, sur des questions tant urbaines que de logement. Dans ce cadre, dix groupes de travail ont été mis en place. Au niveau de la Région bruxelloise, il est prévu d'organiser une table ronde de coordination pour lutter contre les marchands de sommeil, ainsi qu'une réunion interrégionale sur l'accompagnement social.

### **Axe 8: Développer la connaissance de la problématique**

En 2006, l'administration fédérale de la Politique des grandes villes poursuivra le développement de la banque de données sur les villes qu'elle a commencé à créer en 2005. Au niveau flamand, le Centre de Connaissance pour une Politique Durable du Logement met en oeuvre une mission de recherche concernant la qualité des logements et les souhaits de habitants en la matière. Une recherche sur la politique de l'offre dans le secteur locatif privé est également en cours, ainsi qu'une recherche sur les possibilités et les modalités d'un fonds de garanties locatives. Plusieurs outils seront également développés en Région bruxelloise: Une évaluation des outils afin d'améliorer l'efficacité des dispositifs existants et d'assurer leur accessibilité aux personnes les plus pauvres, la mise en place d'un observatoire de l'habitat, une étude structurelle et prospective sur l'habitat, un Atlas des Quartiers et, enfin, la constitution d'un cadastre des propriétés publiques .

#### **2.2.2. Indicateurs et modalités de suivi**

Les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi de chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Les résultats seront ajoutés au fur et à mesure dans le fichier interactif de suivi. Les évolutions dans la target telle que formulée à la section 2.1.1. seront suivies dans le groupe de travail indicateurs.

#### **2.2.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif**

Les moyens affectés à chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Mais la réalisation de l'objectif de permettre à chacun d'avoir un logement convenable passe aussi et surtout par la mobilisation des coûts considérables investis dans les politiques structurelles déjà mises en oeuvre, tant en matière de logement que dans des domaines connexes, qu'il s'agisse d'emploi, de fiscalité, d'aide sociale, de rénovation urbaine, de justice ou même de santé. Cette diversité dans les approches, qui s'accompagne évidemment d'une diversité comparable des personnes responsables et des sources de financement, requiert un effort soutenu en termes de coopération. La Conférence interministérielle Politique des Grandes Villes et Logement en est un instrument essentiel.

<b>Section 2.3. Développer l'activation et la diversité dans l'emploi et dans l'intégration sociale</b>
---

#### **2.3.1. Mesures politiques**

##### **Axe 1: Promouvoir l'égalité des chances dans (l'accès à) l'emploi et gérer la diversité**

L'objectif majeur est que le marché du travail soit le reflet de la réalité sociale. A cette fin, chacun doit avoir un accès égal aux emplois publics et privés et les discriminations doivent être combattues. Au niveau fédéral, un groupe de travail interministériel sur la discrimination a été mis en place, et des actions de sensibilisation du monde de l'entreprise ont été entreprises. Le CNT a reçu pour mission de dresser l'inventaire de toutes les mesures d'emploi de façon à veiller à une bonne harmonisation des différentes mesures, dans lesquelles l'optimalisation des chances sur le marché du

travail et un emploi durable pour les groupes à risques occupent une place centrale. A différents endroits, la politique accorde aussi de l'attention à l'aspect diversité: budget distinct pour des projets dans le cadre de la diversité, promotion de la gestion de la diversité dans les entreprises par le biais de la prime +, mais aussi une attention particulière pour le thème «gender». L'Etat fédéral a décidé de soutenir la diversité et la lutte contre les discriminations dans l'emploi en lançant un projet de certification des efforts réalisés par les entreprises sur cette thématique. La Flandre lancera des plans de diversité vont être lancés pour augmenter la participation au travail des pauvres et des ex-détenus. Une politique révisée en matière de diversité doit permettre de prévenir l'exclusion du marché du travail pour les plus âgés, les personnes d'une autre origine ethno-culturelle et les handicapés. L'autorité flamande consacre plus de 8 millions par an à un certain nombre d'initiatives, et prévoit également une prime à l'emploi lors de l'engagement de personnes de plus de 50 ans. En Wallonie, l'Egalité des chances occupe une place centrale en matière d'accès à l'emploi. Outre les mesures structurelles qui visent en priorité ces publics - dont le Dispositif intégré d'Insertion socioprofessionnelle -, la Région wallonne développe plusieurs mesures spécifiques dans le cadre de son Plan stratégique transversal Inclusion sociale: renforcement du jobcoaching au sein des Missions régionales pour l'Emploi, renforcement de la préqualification au sein des EFT et des OISP, renforcement de l'insertion des personnes souffrant d'un handicap au sein des entreprises, renforcement de l'insertion des bénéficiaires du droit à l'intégration sociale par l'engagement, au sein des CPAS, de conseillers en insertion supplémentaires, et renforcement de l'insertion des personnes faiblement qualifiées par le renforcement des Entreprises d'Insertion existantes et la création de nouvelles structures . A Bruxelles, la politique de la diversité passera par l'organisation de séminaires de sensibilisation dans les entreprises, par une Charte Diversité, par un Plan de la Diversité, et par le recours à des consultants spécialisés. Un plan de gestion de l'égalité des chances sera également mis en œuvre au sein de l'administration bruxelloise du logement.

### ***Axe 2: Lever les obstacles qui entravent l'accès des parents à l'emploi***

L'autorité fédérale a mené à terme l'élargissement des congés parentaux ainsi que l'amélioration du congé de maternité. Il s'est donné pour tâche d'aligner le secteur public sur ce qui a été réalisé dans le secteur privé. Par ailleurs, en élaborant un nouveau statut pour les télétravail à domicile, il contribue également à favoriser entre autre une meilleure conciliation entre la vie de travail et la vie privée. Ce statut sera encore amélioré en adaptant la loi sur le bien être au travail à cette modalité particulière de travail. Le plan d'action flamand pour l'élargissement de l'offre d'accueil flexible et occasionnel des enfants entrera en vigueur en 2007. La Communauté française mettra en œuvre le Plan Cigogne II, visant à créer 8.000 places d'accueil supplémentaires pour les enfants de 0 à 3 ans, tandis que le Gouvernement wallon a prévu des moyens complémentaires pour soutenir la politique menée en la matière par la Communauté française pour atteindre les objectifs du Sommet européen de Barcelone (un taux de couverture de 33% d'ici 2010). A Bruxelles, ce sont 2.600 places de crèches qui vont être créées, tandis que la Commission Communautaire flamande y créera des places d'accueil occasionnel et flexible dans les infrastructures existantes et permettra le démarrage de nouvelles initiatives. Elle augmentera également du nombre de places réservées aux enfants de primo-arrivants, et organisera pour le personnel des structures d'accueil de jour pour enfants des formations mettant l'accent sur l'accessibilité. Enfin, l'accueil des enfants des demandeurs d'emploi sera renforcée, avec l'ouverture d'une seconde Maison d'enfants dans une zone "précarisée" de la région et en intensifiant le partenariat avec les crèches de la Région.

### ***Axe 3: Promouvoir l'emploi des moins qualifiés en les soutenant dans leurs démarches d'insertion, en développant et en reconnaissant leurs compétences***

Pour réaliser l'insertion socioprofessionnelle durable sur le marché du travail des bénéficiaires du CPAS inscrits dans un premier trajet vers l'emploi, l'autorité fédérale met en place plusieurs instruments, dont les conventions avec les CPAS des grandes villes, l'axe «Inclusion sociale» de la programmation FSE fédérale, et la mesure de promotion de l'insertion des clients de CPAS dans le monde de l'entreprise. En ce qui concerne les parcours intégrés, les efforts des CPAS en matière de diversification des mises à l'emploi seront mieux pris en compte. Le plan stratégique flamand "lettrisme" avance des priorités claires et prévoit la mise en œuvre d'une série d'actions. Avec le Décret relatif à l'obtention d'un titre de compétence professionnelle, l'autorité flamande veut donner à chacun le droit d'obtenir ce pour quoi il ou elle dispose des compétences requises. En Wallonie, le Dispositif intégré d'Insertion professionnelle prévoit un accompagnement sur mesure des groupes cibles prioritaires: demandeurs d'emploi très éloignés de l'emploi dont les peu qualifiés, chômeurs de longue durée, bénéficiaires du revenu d'intégration, personnes handicapés et personnes d'origine étrangère. L'action des CPAS sera par ailleurs renforcée afin de favoriser l'insertion des bénéficiaires du revenu d'intégration. En outre, le volet insertion professionnelle du Plan HP garantit un accompagnement aux résidents permanents de campings. Par ailleurs, la Région wallonne agira au niveau de l'orientation professionnelle, tandis qu'un programme d'alphabétisation sera mené conjointement avec la Communauté française. Pour la Communauté française, l'objectif de l'accord de coopération avec la Région wallonne et avec la COCOF est d'augmenter de 50% la capacité générale d'accueil des cours d'alphabétisation pour adultes. Le programme wallon contient en outre une stratégie cohérente de lutte contre la fracture numérique. Enfin, la validation des compétences, qui sera organisée par la Région wallonne, la Communauté française et, à Bruxelles, la COCOF, contribuera à offrir plus de possibilités de formation sur le lieu de travail et à augmenter le volume et le niveau de qualification. Un partenariat sera créé entre l'ORBEM et les 19 CPAS bruxellois pour la réalisation d'un programme commun d'insertion socioprofessionnelle des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale ou équivalent, tandis que l'administration régionale embauchera des personnes sous "contrat de premier emploi".

#### ***Axe 4: Soutenir l'intégration sociale en amont de l'intégration professionnelle des groupes à risque, et promouvoir l'activation via des activités non nécessairement professionnelles***

L'activation ne doit pas se limiter à un emploi rémunéré. Il faut aussi tenir compte de la diversité de l'exclusion sociale, et stimuler toute possibilité conduisant à l'intégration dans la société. La Flandre investira dans le développement de l'économie sociale de service. Le cadre décretaal organisant l'économie sociale de service doit devenir un fait fin 2006. Dans le cadre du plan flamand pour plus d'emplois, des actions sont prévues principalement à destination des demandeurs d'emploi qui sont confrontés avec une problématique non liée au marché du travail: le renforcement du screening spécialisé, le développement pilote de parcours d'activation combinant travail et soins, et l'augmentation quantitative et qualitative de postes de travail protégés dans l'économie sociale. De son côté, la Région wallonne favorisera la création de relais sociaux et de relais santé intégrés. Dans la même optique, la Communauté française organisera un service préventif par la mise en place d'équipes mobiles avec le milieu associatif et médical. Pour promouvoir l'accès à la culture, elle instaurera la gratuité des musées conventionnés le premier dimanche du mois.

#### ***Axe 5: Stimuler l'expansion de l'économie sociale, des services de proximité et du développement durable en tant que leviers de l'activation et de la diversité dans l'emploi***

Pour promouvoir la durabilité des marchés publics, un point d'appui marchés publics durables sera créé au niveau fédéral. Les Régions se sont engagées, dans le cadre de l'accord de coopération relatif à l'économie plurielle, à soutenir les coopératives d'activités, tandis que la CIDD a élaboré un cadre de référence relatif à la responsabilité sociétale des entreprises. En Flandre, les plans d'action urbains et

communaux de lutte contre le chômage des jeunes seront mis en oeuvre. A côté de l'activation des jeunes, il s'agit surtout de jobhunting, de jobcoaching intensif, et de l'offre de jobs sur mesure. A l'intérieur de l'économie d'insertion, le gouvernement flamand créera des emplois de qualité supplémentaires, et accordera plus d'attention à l'encadrement et à la qualité du travail. En Région wallonne, les Coopératives d'activité seront pérennisées, tandis que les entreprises d'insertion seront renforcées et que de l'emploi sera créé dans les services de proximité. Par ailleurs, un nouveau décret Services de proximité sera élaboré au cours de l'année 2006. Enfin, le volet développement rural du Plan HP contribuera à assurer un développement territorial équilibré. A Bruxelles également, de nouveaux emplois de proximité seront créés, tandis qu'il est prévu de mettre en place une plate-forme régionale d'économie sociale pour soutenir la création d'activités économiques par des centres d'entreprises et des guichets d'économie sociale.

### ***Axe 6: Développer la connaissance de la problématique***

Concernant la connaissance en matière d'activation, plusieurs recherches vont être lancées au niveau fédéral, dont une étude sur les trajets, visant à évaluer les taux de maintien en activité des publics aidés par les CPAS, ainsi qu'une étude sur les transferts, qui analysera l'impact réel de l'activation du comportement de recherche d'emploi suite au Plan d'accompagnement renforcé des chômeurs. En Région bruxelloise, toutes les mesures d'emploi seront inventoriées, et l'ensemble des mesures seront évaluées afin de pouvoir en simplifier les dispositifs et à ne maintenir que celles qui permettent la création d'emplois convenables et normalement rémunérés. Concernant la connaissance en matière de diversité, l'enregistrement – ou le monitoring – ethnique permet de rechercher où se situent les problèmes, dans quels secteurs, dans quelle région et dans quelles professions. Il a été demandé aux partenaires sociaux de lui faire part d'une «position univoque». Les minorités ethniques seront interrogées le plus largement possible sur leurs idées par rapport au monitoring. En Flandre, les différentes initiatives relatives à l'enregistrement des allochtones seront harmonisées, et on a commencé à explorer quelques pistes pour parvenir à une méthode plus objective pour mesurer le groupe cible des allochtones. A Bruxelles, une table ronde sur les statistiques fondées sur l'origine va être organisée.

#### ***2.3.2. Indicateurs et modalités de suivi***

Les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi de chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Les résultats seront ajoutés au fur et à mesure dans le fichier interactif de suivi. Les évolutions dans les targets telles que formulées à la section 2.1.2. seront suivies dans le groupe de travail indicateurs.

#### ***2.3.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif***

Les moyens affectés à chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Mais la réalisation de l'objectif de développer l'activation et la diversité dans l'emploi et dans l'intégration sociale passe aussi et surtout par la mobilisation des coûts considérables investis dans les politiques structurelles déjà mises en oeuvre, tant en matière d'emploi que dans des domaines connexes, qu'il s'agisse d'enseignement, de formation, de sécurité sociale, d'aide sociale, d'accueil de l'enfance, de justice, de lutte contre le racisme ou même de santé. Cette diversité dans les approches, qui s'accompagne évidemment d'une diversité comparable des personnes responsables et des sources de financement, requiert un effort soutenu en termes de coopération. D'où l'importance des différentes politiques transversales mises en place.

## **Section 2.4. Lutter contre la pauvreté qui frappe les enfants**

### **2.4.1. Mesures politiques**

#### **Axe 1: Agir sur le revenu des familles et sur le coût du logement**

Plusieurs mesures présentées dans les sections 2.2. et 2.3. s'inscrivent dans cet axe. Il n'est pas nécessaire de les rappeler ici pour se rappeler de leur importance. D'autres mesures s'adressent en particulier aux ménages avec enfants, avec pour impact attendu une amélioration des conditions matérielles dans lesquelles vivent ces derniers. Ainsi, la liaison des allocations sociales au bien-être est une priorité du gouvernement fédéral. Le système du bonus à l'emploi contribue également à cet objectif, de même que la toute nouvelle allocation familiale de rentrée prévue dès août 2006 pour les enfants de 6 à 18 ans.

#### **Axe 2: Stimuler la participation sociale de tous les enfants dès le plus jeune âge**

Une participation précoce à la société, entre autres via les structures d'accueil de la petite enfance et l'enseignement maternel, augmente les chances de réussir par la suite dans l'enseignement. Le gouvernement fédéral a pris récemment l'initiative de développer un projet dans lequel des médiateurs interculturels vont être engagés pour augmenter la fréquentation scolaire des enfants migrants. La Flandre a entrepris des efforts pour augmenter l'offre d'accueil et en améliorer l'accessibilité en partant des mécanismes d'exclusion existants. En outre, on entend augmenter la participation à l'enseignement maternel par une sensibilisation à l'importance d'une participation précoce. La Communauté française prévoit une évolution de l'encadrement dans l'enseignement maternel à tout moment de l'année en fonction de l'augmentation du nombre d'enfants. Pour les primaires, on a prévu un renforcement de l'encadrement dans les deux premières années par l'engagement d'enseignant(e)s supplémentaires. La Région wallonne met l'accent sur la lutte contre le décrochage scolaire et la promotion de l'accès aux nouvelles technologies pour les jeunes. En Région bruxelloise, la Commission Communautaire Française stabilisera le financement des écoles de devoirs et d'autres services d'accueil des jeunes en difficulté, et prévoit par ailleurs une subsidiation pour garantir un meilleur accès des plus démunis à la pratique sportive. A partir de la rentrée scolaire 2006, les musées de Wallonie et de Bruxelles qui sont conventionnés avec la Communauté française seront gratuits pour les groupes scolaires et les groupes de jeunes, tandis que le renforcement des collaborations entre la Culture et l'Enseignement permettront de donner à la culture une place centrale au sein des établissements scolaires. Des initiatives seront également prises dans le domaine du sport pour favoriser l'intégration, l'affiliation et la participation des jeunes fragilisés socio économiquement.

#### **Axe 3: Abaisser le coût de l'enseignement et y promouvoir l'égalité des chances**

En Flandre, l'enseignement fondamental sera rendu gratuit pour tout ce qui est nécessaire pour mener sa scolarité à terme. Pour ce qui est de la maîtrise des coûts dans l'enseignement secondaire, un montant maximum sera établi. Un nouveau système de financement basé sur les caractéristiques de l'école et des élèves sera introduit pour tout l'enseignement obligatoire néerlandophone. Les filières conduisant aux professions de pointe bénéficieront d'une prime supplémentaire par élève, afin d'encore alléger la contribution des parents. La gratuité ou la limitation des coûts est également un thème particulièrement d'actualité dans les LOP. La Flandre fait par ailleurs de nombreux efforts pour atteindre au maximum les groupes cibles qui ont droit à une bourse d'étude. La nouvelle réglementation visant à simplifier administrativement l'obtention des allocations d'étude introduit des plafonds plus élevés et des montants plus élevés. La simplification administrative fera que le citoyen

ne devra plus réunir qu'un minimum d'information pour remplir sa demande. La réforme de l'enseignement ordinaire et de l'enseignement spécial est actuellement soumise à la concertation sociale. Depuis l'année scolaire 2005-2006, les écoles peuvent mettre en oeuvre des règles de priorité et appliquer une politique active de recrutement pour diversifier leurs populations. La Flandre étudie par ailleurs a façon dont l'enseignement peut être adapté aux allochtones primo-arrivants (les "OKAN"). D'autres projets sont également développés, par exemple en matière d'aide aux devoirs auprès des familles du quart-monde. En Communauté française, une circulaire a clairement rappelé aux écoles la législation concernant les frais scolaires tout en leur présentant de nouvelles mesures qui entreront prochainement en vigueur, concernant notamment les frais qui peuvent être réclamés aux élèves et à leur famille. Enfin, toute une série d'actions visent la revalorisation de l'enseignement qualifiant.

#### ***Axe 4: Soutenir les parents dans leur rôle éducatif***

Dans le plan d'action flamand "école buissonnière" ainsi que dans les conventions de gestion avec les fédérations d'associations de parents, on trouve une série d'actions visant à augmenter l'implication des parents des groupes qu'il est difficile d'atteindre. Spécifiquement pour ces groupes cibles, il a été prévu que, dès septembre 2006, les CLB reprennent structurellement dans la formation de leur personnel des médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale et des médiateurs interculturels. En Flandre, on travaille également au renforcement de la politique en matière de soutien éducatif. A côté de cela, la Flandre soutiendra la mise en oeuvre du programme "Triple P", et continuera à subsidier les familles d'accueil. Pour améliorer les relations entre l'école et les familles, la Communauté française lancera diverses initiatives visant à renforcer les liens entre les familles et les écoles. A Bruxelles, la VGC développera des centres pour l'éducation ainsi qu'une offre en matière de soutien aux familles. Par ailleurs, les actions de prévention menées avec les jeunes par les CPAS bruxellois seront encouragées.

#### ***Axe 5: Eviter le placement des enfants et favoriser les solutions alternatives***

Sur la base d'un avis de la CIM, les discussions doivent se poursuivre entre le fédéral et les Communautés pour parvenir à un accord de coopération pour l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés. En Flandre, le Plan d'Action Global pour l'aide spéciale à la jeunesse permet une croissance de 14% de l'offre en matière d'aide spéciale à la jeunesse. Il s'agit également ici de prévention, d'évaluation des risques, de détection précoce à domicile, ... Une amélioration de la politique d'aide à la jeunesse a également été décidé en Communauté française via toute une série de mesures. Enfin, la Région wallonne créera des structures d'urgence permettant de loger des familles et de les accompagner vers un relogement durable.

#### ***Axe 6: Développer la connaissance de la problématique***

Une recherche sur le lien entre pauvreté et placement est actuellement en cours au niveau fédéral. En Flandre, la pauvreté dans l'enseignement est suivie via les indicateurs GOK et des enquêtes comparatives internationales (PISA, ...), tandis que les LOP s'efforcent de cartographier la manière dont les données centrales de l'enseignement en matière de problématique d'égalité des chances se traduisent au niveau local, de façon à rendre possible une politique basée sur les besoins locaux. Kind en Gezin procède également à un enregistrement permanent des familles pauvres. En Communauté française, les mesures visant à lutter contre les écoles ghettos et à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale seront évaluées et étudiées. L'objectif est d'envisager des pistes et des actions supplémentaires/complémentaires. A Bruxelles, une cartographie des besoins d'accueil va être réalisée. Le rapport social de la Communauté germanophone mettra l'accent sur la thématique "Pauvreté-enfants". Ce rapport est attendu pour l'automne 2006.

#### ***2.4.2. Indicateurs et modalités de suivi***

Les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi de chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Les résultats seront ajoutés au fur et à mesure dans le fichier interactif de suivi. Les évolutions dans les targets telles que formulées à la section 2.1.3. seront suivies dans le groupe de travail indicateurs.

### **2.4.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif**

Les moyens affectés à chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Mais la réalisation de l'objectif de lutter contre la pauvreté des enfants passe aussi et surtout par la mobilisation des coûts considérables investis dans les politiques structurelles déjà mises en œuvre, tant en matière d'enseignement que dans des domaines connexes, qu'il s'agisse de sécurité sociale, d'aide sociale, d'accueil de l'enfance, d'aide sociale, d'emploi, de logement, de santé, de sport ou encore de culture. Cette diversité dans les approches, qui s'accompagne évidemment d'une diversité comparable des personnes responsables et des sources de financement, requiert un effort soutenu en termes de coopération. D'où l'importance des différentes politiques transversales mises en place.

## **Section 2.5. Dispositions prises pour une meilleure gouvernance**

### **2.5.1. Processus préparatoire**

Tout comme les PAN Inclusion précédents, le chapitre PAN Inclusion du présent Rapport stratégique est réalisé sous la coordination du SPP Intégration sociale, qui relève de l'autorité du ministre de l'Intégration sociale. Pour garantir la cohérence avec les autres chapitres, le SPP est représenté au comité de rédaction du Rapport stratégique par son président. Le SPP Intégration sociale est à la base de la réforme du groupe de travail actions, intervenue en juillet 2005 dans le but de renforcer la participation des acteurs. Ce nouveau groupe actions, élargi aux représentants concernés de tous les secteurs de la société civile, s'est réuni 5 fois au cours de la période préparatoire du PAN Inclusion 2006-2008 pour débattre des priorités clés et du projet de PAN Inclusion. Le groupe actions a travaillé en collaboration avec le groupe de travail indicateurs, lequel a poursuivi ses travaux parallèlement en se focalisant sur le développement des indicateurs les plus appropriés pour permettre la détermination des targets et un suivi optimal des trois objectifs clés retenus.

### **2.5.2. Coordination politique**

Le Ministre fédéral de l'Intégration sociale a été mandaté par la CIM Intégration dans la Société pour mener à bien le processus d'élaboration du PAN Inclusion. Participent à cette conférence, outre les ministres fédéraux compétents pour les matières en lien avec l'inclusion sociale, les ministres des Communautés et des Régions responsables de la coordination de la politique d'inclusion sociale. C'est notamment cette conférence qui a décidé de l'élargissement du groupe de travail actions et de sa nouvelle méthode de travail. C'est également elle qui a approuvé le choix des trois priorités clés, ainsi que le planning proposé par les administrations fédérales et régionales pour la réalisation du PAN Inclusion 2006-2008. C'est également la CIM qui a validé le document final.

La coordination politique a également dû s'organiser au niveau régional. En Flandre, une coordination très structurée a été mise en place pour la réalisation du Plan d'Action régional de lutte contre la pauvreté (voir la section consacrée aux bonnes pratiques). En Wallonie, il existe bien entendu également des plans d'actions régionaux coordonnés, dont le PST 3 vise spécifiquement l'inclusion sociale, mais qui portent sur des périodes ou des mesures différentes de celle du Plan d'Action national.



Les mesures reprises dans le PAN doivent donc préalablement faire l'objet d'un accord au niveau du Gouvernement wallon. Pour simplifier la coordination, ce dernier a décidé de créer en 2003 un comité de suivi volet wallon du PAN incluant qu'il a décidé de transformer en juillet 2006 en un groupe de travail intercabine permanent "Inclusion sociale" élargi aux administrations et à des représentants de la société civile. A Bruxelles, la coordination administrative dépend de la CCC et de ses 2 ministres. Bien que cette administration soit légalement chargée de la coordination entre les différentes institutions politiques du territoire bruxellois, les compétences abordées dans la lutte contre la pauvreté dépendent respectivement de l'un ou de l'autre institution (Région, Commission communautaire ou Communauté). Cela signifie que toutes les compétences abordées ne relèvent pas des ministres impliqués dans la concertation. Cependant, une nouvelle ordonnance sur l'état de la pauvreté vient d'être adoptée par le Parlement bruxellois en juillet 2006, qui coordonne les synergies tant en matière de rapport sur l'état de la pauvreté, qu'en termes de coordination entre gouvernements bruxellois, de collaboration au PAN et d'élaboration d'un plan bruxellois de lutte contre la pauvreté.

### **2.5.3. Mobilisation et implication des acteurs**

Comme on l'a déjà dit, la participation des acteurs a été fortement stimulée par l'élargissement du groupe actions et son nouveau mode de fonctionnement. Le PAN Inclusion 2006-2008 ne s'est pas construit sur le seul groupe de travail actions. D'autres sources ont bien entendu été utilisées, en particulier le rapport «Abolir la Pauvreté» (2005) du Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale (<http://www.luttepauvrete.be>). Cette "contribution au débat et à l'action politiques" est le fruit des débats et des réflexions menés pendant deux ans au sein des groupes de concertation avec lesquels travaille le Service de Lutte contre la Pauvreté, dont font partie les associations où les pauvres prennent la parole. Le rapport a également été alimenté par les débats publics organisés dans le courant de l'année 2005 dans le cadre des 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté.

L'implication a également été renforcée dans le groupe indicateurs, qui s'est notamment attaché à prendre en considération les résultats de la recherche-action-formation "une autre approche des indicateurs de pauvreté". (<http://www.luttepauvrete.be/publicationsserviceindicateurs.htm>)

### **2.5.4. Mainstreaming**

Insuffler l'attention pour les questions d'inclusion dans les différents départements se fait en Belgique via divers canaux. L'implication de tous les niveaux de pouvoirs dans la réalisation du Plan d'Action National Inclusion en est un, tout comme le Plan fédéral pour le développement durable et les processus qui y sont associés ([www.ciddd.fgov.be](http://www.ciddd.fgov.be)). Le social et la lutte contre la pauvreté y sont repris comme un des piliers fondamentaux du développement durable, et toutes les administrations fédérales sont régulièrement invitées à faire rapport sur les actions entreprises dans ce cadre, tant en interne (gestion des ressources humaines et matérielles) qu'en externe (mesures politiques et communication ciblée). Au niveau régional, tous les départements de l'administration flamande comportent un fonctionnaire de référence en matière d'attention à la pauvreté.

### **2.5.5. Monitoring et dispositions adoptées en vue de l'évaluation**

Tandis que le groupe indicateurs suivra l'évolution des targets et attirera l'attention des autorités concernées au cas où les indicateurs ne décolleraient pas comme attendu, les différentes administrations responsables auront la possibilité d'introduire elles-mêmes sur le site Internet du SPP Intégration sociale les éléments permettant de

suivre la mise en œuvre de leurs actions respectives. A l'instar du fédéral (<http://www.statbel.fgov.be>), les Régions disposent d'instituts de statistiques qui ont développé des méthodes et des instruments permettant de suivre les indicateurs qui reflètent l'évolution socio-économique de leur population. Tant l'administration flamande de la planification et de la statistique (<http://aps.vlaanderen.be>) que l'Institut wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (<http://statistiques.wallonie.be>) ou encore l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social (<http://www.observatbru.be/fr/Publications/barometre.asp>) sont des partenaires incontournables et très actifs du groupe de travail indicateurs. Depuis 2005, l'Observatoire bruxellois publie un baromètre du social, qui aborde la démographie, les revenus, l'emploi, le logement, la santé, le niveau d'instruction, ainsi que l'intégration sociale et la participation ([http://www.observatbru.be/documents/Barometre\\_Social\\_2005\\_1\(1\).pdf](http://www.observatbru.be/documents/Barometre_Social_2005_1(1).pdf)).

Début 2007, un nouveau colloque public se tiendra sur le PAN Inclusion, et constituera une excellente occasion de formuler des recommandations pour l'avenir. Le matériel nécessaire à l'élaboration pour fin 2008 d'un rapport d'évaluation sera donc disponible au fur et à mesure.

## Chapitre 3. Rapport Stratégique National

### Actualisation du Rapport stratégique national belge pensions 2005

Le système de pensions national belge et une comparaison de ce système avec ceux d'autres Etats membres de l'UE ont déjà été présentés d'une manière détaillée dans le Rapport stratégique national pensions 2005. Les défis du régime de pensions belge y avaient également été exposés. Le maintien du niveau de vie des ménages pensionnés, le financement durable des dépenses de pensions dans le contexte d'un vieillissement démographique croissant et la résorption du retard de la Belgique en matière d'emploi sont considérés comme étant les défis actuels majeurs. Afin de relever ceux-ci, le gouvernement fédéral a élaboré au cours de l'automne 2005 le **Pacte de solidarité entre les générations** en concertation avec les partenaires sociaux. Ce Pacte vise à préserver la viabilité de la sécurité sociale. Une série de mesures ont été prises à cet effet afin d'augmenter le taux d'activité et de concrétiser le nouveau contrat social en vue d'une sécurité sociale forte et solidaire.

En ce qui concerne le domaine politique des pensions, le rapport comporte une description succincte des mesures prises dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations précité en vue d'atteindre les trois objectifs communs ci-dessous.

#### Section 3.1. Des pensions suffisantes

##### **3.1.1. Objectif politique et données contextuelles**

**Objectif politique g) 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 intragénérationnelle.**

Le pourcentage de risque de pauvreté auprès de la population totale, pour un seuil de risque de pauvreté de 60% du revenu équivalent médian est de 15% en Belgique pour l'année de revenus 2003 (EU-Silc 2004), tandis que la moyenne UE-25 est de 16%. Pour la catégorie d'âge supérieure (65+) en Belgique, le pourcentage de risque de pauvreté augmente à 21%. Ce pourcentage est significativement plus élevé que la moyenne UE-25 (18%). Etant donné qu'en Belgique, la part du revenu de pension représente environ 84% du revenu global pour la catégorie d'âge supérieure (65+), un revenu de pension suffisant constitue un instrument important en vue de réduire le pourcentage de risque de pauvreté auprès de cette catégorie d'âge supérieure.

Une description détaillée de la situation des revenus des personnes âgées pensionnées est jointe en annexe, partie I: Analyse de la situation sociale de l'Aperçu général du présent rapport national. L'indicateur 'taux de remplacement théorique' peut fournir une réponse à la question de savoir si les prestations de pension sont suffisantes lors du passage de l'activité économique à la retraite. Les résultats de cet indicateur pour divers cas types d'un travailleur salarié avec une carrière de 40 ans sont joints en annexe de la partie 3 du présent rapport. Pour la période 2004-2050, une légère augmentation des taux de remplacement totaux nets (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> pilier) est constatée pour les différents cas types, en raison d'une importance croissante du 2<sup>e</sup> pilier.

##### **3.1.2. Mesures**

## **A. Mesures en vue d'un revenu de pension suffisant**

### **- Adaptation au bien-être des pensions minimums par un mécanisme légal d'adaptation au bien-être des prestations sociales (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)**

Au cours des dernières années, les prestations de pensions minimums ont suivi l'évolution du bien-être. A partir de 2008, le Pacte de solidarité entre les générations prévoit que le gouvernement doit se prononcer tous les deux ans au sujet de la répartition des moyens financiers qu'il met à disposition en vue d'une adaptation de toutes les prestations de remplacement de revenus de la sécurité sociale à l'évolution du bien-être général. Les pensions minimums en font partie. La mise en œuvre de pareil mécanisme structurel doit faire en sorte que le niveau de protection de la sécurité sociale ne soit pas en retard par rapport à l'évolution du bien-être général et des rémunérations de la population active en particulier. La procédure prévue à cet effet sera mise en place au cours de l'automne 2006 en concertation avec les partenaires sociaux. Le gouvernement peut se baser en la matière entre autres sur les rapports du Comité d'étude sur le vieillissement (cf. point 3.1.2.).

### **- La pension minimum garantie et le droit minimum par année de carrière: adaptation des modalités (travailleurs salariés)**

Sur la base des données administratives des pensionnés actuels, on constate que les femmes, plus que les hommes, se sont constituées une carrière plutôt considérée comme atypique. Ainsi, en raison entre autres de leur nombre plus important d'années de travail à temps partiel, elles n'entrent pas en considération pour bénéficier d'une pension minimum garantie après 30 ans de carrière. Dans ce cadre, une adaptation a été effectuée, de sorte que ces années d'occupation à temps partiel entrent à présent aussi en ligne de compte pour avoir droit à la pension minimum. Leur pension est calculée proportionnellement à la durée de l'activité.

Dans le régime de travailleurs salariés, pour une carrière d'au moins 15 ans d'occupation au cours de laquelle il y a eu au moins pendant un an une activité équivalant à 1/3 de l'occupation à temps plein, un '**droit minimum par année de carrière**' est octroyé. Dans ce cas, la pension est calculée pour chaque année au moins sur la base de la rémunération minimum mensuelle garantie. Le montant servant de base au calcul du droit minimum sera majoré de 17%. Dès lors, les acquis de pension pour ces années seront alignés sur la pension minimum garantie, au prorata de la durée prestée. Ce groupe cible est surtout constitué de femmes.

### **- Statut maxi pour le conjoint aidant (travailleurs indépendants)**

Les conjoints aidants nés après le 31 décembre 1955 sont à partir du 1<sup>er</sup> 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 d'un nombre insuffisant d'années de carrière pour la pension, des mesures transitoires ont toutefois été prévues, de sorte que les conjoints aidants peuvent prétendre à la pension minimum.

### **- Augmentation de la garantie de revenus aux personnes âgées (assistance sociale)**

Au cours des dernières années, les montants de la garantie de revenus aux personnes âgées ont suivi l'évolution du bien-être. Le 1/12/2005, le montant de base a, à nouveau, été majoré de 10 euros par mois. Malgré cette augmentation, le montant actuel se situe en dessous du seuil de risque de pauvreté. Grâce à la majoration de 60 euros du montant de base au 1.12.2006, le revenu minimum des 65+ isolés se situe au niveau de ce seuil de risque.

## **B. Mesures en vue de garantir un niveau de vie acceptable aux pensionnés**

### **- Adaptation au bien-être des plafonds salariaux et de revenus dans le cadre du calcul de la pension (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)**

Le plafond des salaires et des revenus dans le cadre du calcul de la pension est adapté tous les deux ans (première adaptation en 1999), afin de suivre l'évolution du bien-être.

A partir de 2008, l'adaptation des plafonds salariaux et de revenus pour les travailleurs salariés et indépendants est soumise aux mécanismes légalement prévus en ce qui concerne l'adaptation des prestations sociales au bien-être (supra).

### **- Adaptation des pensions au bien-être pendant la période de la retraite (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)**

Les adaptations sélectives au bien-être des anciennes pensions sont poursuivies jusqu'en 2007 et ont pour but de réduire la différence historiquement apparue entre le montant moyen des anciennes pensions et celle des nouvelles pensions. A partir de 2008, l'adaptation des anciennes pensions est soumise aux mécanismes légalement prévus en ce qui concerne l'adaptation des prestations de remplacement de revenus de la sécurité sociale à l'évolution du bien-être général (supra).

### **- Adaptation de la condition de carrière pour la pension de retraite anticipée non réduite (travailleurs indépendants)**

Le travailleur indépendant peut obtenir une pension de retraite anticipée non réduite pour autant qu'il puisse prouver une 'carrière professionnelle complète'. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, une carrière professionnelle complète devait compter 45 années civiles; il faut à présent prouver 44 années civiles. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2006, tant pour les hommes que pour les femmes.

### **- Assouplissement du malus de pension pour les travailleurs indépendants**

Le 'malus de pension' appliqué lors de la retraite avant l'âge de 65 ans est quelque peu affaibli pour les travailleurs indépendants. 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<sup>er</sup> janvier 2007.

## **Section 3.2. Viabilité financière des régimes de pension**

### **3.2.1. Objectif politique et données contextuelles**

**Objectif politique h) *La viabilité financière des régimes de pensions publics et privés, compte tenu de la pression sur les finances publiques et du vieillissement de la population, et dans le contexte de la triple stratégie afin de faire face aux conséquences budgétaires du vieillissement, notamment en: maintenant les personnes plus longtemps au travail, encourageant la vieillesse active, assurant un équilibre adéquat et socialement justifié entre les primes des prestations, et en encourageant la viabilité financière et la sécurité des systèmes de couverture de capitaux et des régimes particuliers.***

Dans son rapport annuel de 2006, le Comité d'étude sur le vieillissement actualise son évaluation du coût budgétaire du vieillissement. Lors ces évaluations les plus récentes,

il a été tenu compte de la mise en oeuvre des mesures du Pacte de solidarité entre les générations qui ont un impact sur l'offre de travail et les dépenses sociales. Le tableau repris en annexe partie 3 montre que le coût budgétaire du vieillissement pour la période 2005-2050 est estimé à 5,8% du PIB. Le coût des pensions s'élève, pour cette période, à 3,9% du PIB. Pour la période 2005-2011, le coût budgétaire du vieillissement, estimé à 0,4% du PIB, resterait plutôt limité. Le Comité d'étude, qui n'a toutefois pas pu tenir compte dans ses évaluations de toutes les mesures du Pacte de solidarité entre les générations, conclut que le coût budgétaire estimé du vieillissement aurait un impact plutôt limité. Pour la période 2005-2011, les mesures prises en considération augmenteraient le coût budgétaire de 0,2 points de %. Cependant, au cours de la période suivante 2011-2030, ces mesures prises en considération diminueraient le coût budgétaire de 0,1 points de %.

Les estimations du coût budgétaire par le Comité d'étude sont inférieures à celles des projections à long terme que la Belgique a transmise au printemps 2006 au Ageing Working Group du Economic Policy Committee de l'UE ( cf. annexe partie 3).

Dans le cadre du vieillissement de la population, les objectifs d'augmentation du taux d'activité et du taux d'emploi deviennent cruciaux. Ils sont analysés en annexe, partie I de l'Aperçu général du présent rapport national.

### **3.2.2.Mesures**

#### **A. Mesures en vue de la viabilité financière des régimes de pension**

##### **- Poursuite de la réduction de la dette publique et constitution des réserves structurelles dans le Fonds de vieillissement**

A partir de l'exercice budgétaire 2007, la réduction de la dette publique sera accélérée au moyen d'excédents budgétaires annuels qui seront versés au Fonds de vieillissement. Le Fonds de vieillissement a été créé en 2001 afin de constituer une réserve financière permettant de financer les dépenses supplémentaires des divers régimes légaux de pension en raison du vieillissement au cours de la période 2010-2030. Fin 2005, la valeur du portefeuille du Fonds de vieillissement s'élevait à plus de 13,5 milliards d'euros, soit environ 4,53 % du PIB.

##### **- Elargissement de la base de financement de la sécurité sociale entre autres par l'affectation des recettes provenant du précompte mobilier**

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 est étendue à partir de l'exercice budgétaire 2006, entre autres en affectant 15 % des recettes du précompte immobilier au financement des systèmes de sécurité sociale. Par ailleurs, le principe de transfert des recettes fiscales générées par l'effet de récupération des réductions de cotisations sociales accordées sera appliqué à partir de 2007.

#### **B. Mesures de renforcement de la tendance à la hausse du taux d'activité**

##### **- Instauration d'un bonus de pension comme incitant de prolongation de la carrière (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)**

La pension de retraite est majorée d'un 'bonus' à condition que le travailleur salarié ou indépendant ait atteint l'âge de 62 ans ou prouve une carrière professionnelle d'au moins 44 années civiles, tout en continuant d'exercer son activité professionnelle. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2007 et ne concerne que les périodes de

prestations ultérieures à 2005. L'instauration du bonus de pension doit inciter les travailleurs salariés et indépendants âgés à poursuivre leur carrière professionnelle après l'âge de 62 ans ou au moins 44 années de carrière. Cette mesure politique a également pour effet supplémentaire d'augmenter le niveau de vie lors de la mise à la retraite (cf. point 3.1.1).

- **Avantage fiscal pour le bénéficiaire d'une pension du deuxième pilier à l'âge légal de la retraite (travailleurs salariés ou travailleurs indépendants)**

Le bénéficiaire d'une pension complémentaire au terme d'une occupation effective jusqu'à l'âge légal de la retraite fera l'objet 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 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 leur conversion en rente viagère fiscale ne sera pris en considération que pour 80 %.

- **Octroi de droits de pension aux jeunes qui travaillent à temps partiel et qui suivent des cours à temps partiel (travailleurs salariés)**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier suivant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire, des droits de pension seront octroyés aux jeunes dans le régime des contrats de stage, des contrats d'apprentissage, du travail à temps partiel et de l'enseignement à temps partiel dans le but d'inciter davantage de jeunes à accepter un emploi. Cette mesure prend cours avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

- **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 est scindé en un plafond applicable aux rémunérations effectives et un plafond applicable aux rémunérations fictives (pour les périodes assimilées suivantes : chômage complet, prépension à temps plein, interruption complète de carrière, crédit-temps à temps plein). Pendant une période restant à déterminer, seul le plafond pour les rémunérations effectives sera au moins adapté tous les deux ans à l'évolution du bien-être général, de sorte qu'une différence apparaîtra progressivement à l'avenir entre les deux plafonds.

### **Section 3.3. La modernisation des régimes de pension**

#### **3.3.1 Objectif politique et données contextuelles**

**Objectif politique i) Régimes de pensions transparents qui répondent aux besoins et aux attentes des hommes et des femmes et aux besoins des sociétés modernes, compte tenu du vieillissement et des changements structurels; bonne information afin que les personnes puissent planifier leur mise à la retraite et que les réformes sur la base d'un consensus le plus large possible puissent être mises en œuvre.**

Au cours des dernières décennies, les femmes sont arrivées massivement sur le marché du travail. Plus que pour les hommes, leur carrière est toutefois caractérisée par un travail à temps partiel et des interruptions de carrière. Ainsi, en 2005, environ 42,6 % des femmes travaillaient à temps partiel, contre 7,8 % des hommes (cf. annexe de la partie 3). Le système de pension belge n'a pas suffisamment suivi ces

évolutions sociales. Dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations, l'initiative 'Femme et Pension' a démarré fin 2005, entre autres afin de répertorier les conséquences de la situation professionnelle des femmes pour leur pension et d'apporter les adaptations éventuellement nécessaires compte tenu des besoins de la société moderne.

Par ailleurs, une attention particulière a été accordée à la formation de la population. Des études sociologiques ont en effet montré que tant les jeunes qui entament leur carrière que les personnes âgées qui arrivent en fin de carrière connaissent insuffisamment les droits de pension qu'ils se sont constitués. Les choix 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 financière sur leur pension.

### **3.3.2. Mesures**

#### **A. Mesures qui répondent aux besoins de la société moderne**

##### **- Meilleur accès aux pensions minimums garanties**

Le meilleur accès à la pension minimum déjà mentionné est une mesure prise en 2006 afin de mieux tenir compte de la situation spécifique des femmes en matière de travail (voir point 3.1.1. Mesures pour un revenu de pension suffisant).

#### **B. Mesures informatives**

##### **- information destinée aux jeunes femmes au sujet de choix de carrière et les conséquences pour la pension: brochure d'information 'Femme et Pension'**

Des choix délibérés de carrière qui offrent une bonne solution au cours d'une certaine phase de la vie peuvent avoir des conséquences importantes sur la pension ultérieure. La brochure d'information "Femme et pension" informe les jeunes femmes pendant la première phase de leur carrière au sujet de leur choix de carrière et de leurs conséquences pour la pension.

##### **- Informations sur mesure en matière de pensions**

Sur le site web [www.toutsurmapension.be](http://www.toutsurmapension.be), toute personne peut obtenir une simulation fiable du calcul de sa future pension de retraite brute. Dans le cadre d'une autre initiative, toute personne âgée de 55 ans recevra automatiquement à partir de 2006 une estimation de sa future pension de retraite ainsi qu'un aperçu global de carrière. Les personnes âgées de plus de 55 ans peuvent obtenir sur demande un calcul adapté à cet effet. Le but est également de permettre à chacun, d'ici 2010, et quel que soit son régime de pension, d'accéder à une simulation de pension en ligne. Une nouvelle organisation SIGeDIS a été créée à cet effet.



## Chapitre 4. Les soins de santé et les soins de longue durée.

### Section 4.1. Principaux challenges et Aperçu des évolutions récentes en matière de soins de santé et de soins de longue durée

Le système de soins de santé belge repose sur un système d'assurance obligatoire soins de santé qui fait partie intégrante de la sécurité sociale. Ce système a les caractéristiques suivantes :

- couverture universelle ;
- bonne accessibilité ;
- financement solidaire (cotisations complétées par des interventions de l'Etat et des taxes affectées) ;
- rétribution des dispensateurs essentiellement à l'acte (à l'exception de certaines prestations, comme la biologie clinique et la radiologie) ;
- offre étendue de dispensateurs et d'institutions de soins sans listes d'attente ;
- liberté de choix du dispensateur ;
- gestion, concertation et accords tarifaires par et avec les partenaires sociaux, les mutualités et les dispensateurs.

En ce qui concerne **les interactions entre le système de soins de santé et les services de soins de longue durée**, divers services formels pour soins de longue durée sont incorporés dans le système existant de soins de santé. En effet, de nombreux risques spécifiques aux soins de longue durée sont assurés via l'assurance obligatoire soins de santé. Afin d'arriver à une coopération et une coordination au niveau local, régional et national débouchant sur une offre de soins (et de services d'aide) intégrée, continue et multidisciplinaire, adaptée aux besoins de la personne concernée, deux types de coordination sont mis en place. Premièrement, il existe une coordination entre les matières fédérales, communautaires et régionales via la **« Conférence interministérielle Santé publique »** par laquelle les différentes entités prennent des engagements dans le domaine des soins aux personnes âgées, des soins à domicile et des soins de santé primaires. Deuxièmement, il existe une coordination entre les services de soins généraux et les services de soins de longue durée, par exemple via les services intégrés de soins à domicile, permettant d'utiliser au mieux la complémentarité des différents dispensateurs de soins et services d'assistance.

Pour une description synthétique du système de soins de santé belge, voir [annexe 4.1](#).

**Les grands axes de la politique** belge, pour les 2 à 3 prochaines années, en matière de soins de santé peuvent être résumés de la façon suivante :

- Bien que, les années passées, des efforts ont été fournis pour alléger les charges financières pour les patients afin de diminuer les inégalités sociales et de favoriser l'accessibilité des soins, des mesures complémentaires restent nécessaires. Concrètement, le champ d'application du mécanisme du «maximum à facturer» sera élargi. Un meilleur remboursement pour les implants sera également établi. La législation sur les 'suppléments' sera modifiée. Enfin, le statut de bénéficiaire à intervention majorée sera élargi. A côté des mesures financières des initiatives seront prises pour réduire les inégalités dans la consommation de soins. Ceci sera le cas notamment pour les soins dentaires.

- En vue d'**augmenter sans cesse la qualité des soins**, les autorités visent à garantir des **prestations orientées vers l'utilisateur** (adaptées à leurs besoins) **centrées sur la continuité des soins**, notamment via une priorité donnée aux soins de première ligne, aux politiques de prévention, à la liberté de choix des patients et à la disponibilité de l'information. Pour les soins de longue durée, une importance particulière est accordée à la coordination pour permettre une offre de soins et de services d'aide intégrée, continue et multidisciplinaire, adaptée aux besoins de la personne. Les années à venir seront e.a. consacrées à développer et implémenter des trajets de soins pour les patients chroniques.
- Un des défis pour les années à venir consiste à assurer le déploiement des ressources humaines, tenant compte du vieillissement de la population. Des efforts seront fournis afin de renforcer la position des dispensateurs travaillant en première ligne et d'assurer suffisamment de prestataires d'aide et de soins ayant un statut attractif. Il sera également nécessaire de développer différentes formes possibles de soins, tenant compte du degré de dépendance des personnes (soins résidentiels, soins de jour, soins de nuit, court séjour). A cette fin, un protocole pluriannuel a été conclu entre les différentes autorités compétentes en 2005.
- **Le rapport coût/efficacité doit être amélioré.** A cette fin, les techniques de « *evidence medicine* » se développent de plus en plus tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire et visent à augmenter l'efficacité des politiques de santé. Des instruments comme « Health Technology Assessment » seront davantage utilisés ainsi que la fixation des indicateurs de bonnes pratiques. Parallèlement, en vue d'assurer la consolidation et la pérennité de l'assurance soins de santé, les autorités tentent de maîtriser les coûts (normes de croissance) notamment en « responsabilisant » tous les acteurs en matière de santé.
- Développer **les politiques de promotion de la santé et de modes de vie saine** constitue également une priorité pour toutes les autorités.

En ce qui concerne **les exemples de « good practice »**, le choix s'est porté sur les 5 pratiques suivantes :

- Le « Maximum à Facturer » en tant qu'outil assurant une meilleure accessibilité financière des soins de santé ;
- Les politiques de dépistage du cancer du sein visant une détection la plus rapide possible des tumeurs afin d'augmenter l'efficacité des traitements ;
- Le projet « Coma » en tant que filière de soins adaptée pour les patients en état neuro-végétatif persistant (ENVP) ou pauci-relationnel (EPR) ;
- Le protocole interministériel « personnes âgées » n° 3 répartissant sur 6 ans le cadre budgétaire et organisationnel des investissements de soins aux personnes âgées dans les différentes communautés et régions ;
- Les politiques de vaccination qui par l'immunisation de groupes cibles visent à réduire la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses évitables.

Voir [Annexe 4.2](#) pour l'analyse de ces exemples.

## Section 4.2. Les soins de santé

### 4.2.1. Brève description du système de soins de santé

Par opposition à la section 4.3 qui concernent les soins de longue durée<sup>3</sup>, les soins de santé visés par cette section couvrent principalement les soins curatifs individuels, ainsi que les politiques de santé y afférentes, et les services collectifs de santé mis en place pour mettre en oeuvre les politiques de prévention et de santé publique.

Le système de soins de santé belge promeut la **liberté de choix** (du prestataire) des malades (tant pour les soins ambulatoires médicaux et paramédicaux que pour les soins hospitaliers) ainsi que l'expertise d'une **médecine libérale**.

Sans rentrer dans les détails, précisons que l'Etat fédéral est exclusivement compétent en ce qui concerne le « **régime d'assurance soins de santé obligatoire** » qui fait partie intégrante du système de sécurité sociale belge, et, qui, comme on le verra dans la section suivante, couvre quasi la totalité de la population pour une large gamme de soins.<sup>4</sup> Par contre, en matière de santé publique (offre de soins, protection de la santé publique), les responsabilités sont partagées<sup>5</sup> entre l'Etat fédéral et les Communautés et Régions.

### 4.2.2. Assurer l'accès aux soins de santé : Universalité, Equité, Solidarité

#### A) Une assurance publique obligatoire large couvrant quasi la totalité de la population

L'assurance soins de santé publique obligatoire couvre quasi intégralement l'ensemble de la population<sup>6</sup>. Ainsi, en considérant le taux de couverture en soins de santé comme le nombre de personnes assurées pour les soins de santé par rapport à la population totale (enfants compris), on obtient 99%<sup>7</sup> (voir [annexe statistique 4.3.](#)) de taux de couverture pour les « *gros risques* » (principalement hospitalisation) et 94% pour les « *petits risques* » en Belgique. Cette différence résulte de la distinction actuellement opérée entre la couverture du régime des salariés et celle du régime des travailleurs indépendants, qui ne prévoit actuellement que le remboursement des « *gros risques* »<sup>8</sup>. Cependant cette distinction va être progressivement supprimée, en effet, **le gouvernement a décidé d'étendre la couverture des petits risques aux indépendants, partiellement à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, complètement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008.**

Assurer le maintien au sein du système des personnes qui bénéficie de cette protection et favoriser l'entrée dans le système de ceux qui en restent exclus constitue un objectif important pour les autorités belges. Ainsi, afin d'encore améliorer la couverture, le gouvernement a récemment exprimé son intention<sup>9</sup> d'accorder également la couverture aux mineurs étrangers non accompagnés, fréquentant l'enseignement primaire ou secondaire depuis au moins trois mois ou, pour les plus jeunes, ayant été présenté à une institution de soutien préventif aux familles.

<sup>3</sup> Voir [section 4.3.1.](#) pour la définition des soins de longue durée.

<sup>4</sup> Le lecteur trouvera, à [l'annexe 4.1.2.](#), une description détaillée du régime de l'assurance soins de santé obligatoire.

<sup>5</sup> Le lecteur trouvera, à [l'annexe 4.1.1.](#), une description plus complète du partage des compétences ainsi que des accords de collaboration qui visent à assurer une coordination optimale des politiques de santé.

<sup>6</sup> Voir [point B de l'annexe 4.1.2.](#)

<sup>7</sup> Source : OCDE (Health Data 2006).

<sup>8</sup> Pour plus de détails sur l'énumération des « *petits risques* » et des « *gros risques* » couverts par l'assurance obligatoire soins de santé, voir au [point C de l'annexe 4.1.2.](#)

<sup>9</sup> Projet de loi-santé 2006, entrée en vigueur prévue au 1er janvier 2007.

Au total, on peut considérer que cette **couverture** est **assez complète**. Dans la mesure des possibilités budgétaires, les autorités tentent d'ailleurs d'élargir régulièrement cette couverture. Citons par exemple qu'un accord est intervenu fin juin de cette année pour rembourser, pour les enfants de moins de deux ans et sous certaines conditions, le vaccin contre les pneumocoques à partir du 1er janvier 2007.

Rappelons que l'assurance soins de santé ne fournit pas les prestations de santé mais accorde une intervention financière dans le coût des soins. Le montant de cette intervention varie principalement en fonction de la nature de la prestation et du bénéficiaire. Sans entrer dans les détails, notons seulement que la quote-part personnelle ou « **ticket modérateur** » est en principe de 25 %, mais peut, selon le type de prestations, être supérieure ou inférieure. Notons déjà qu'en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins, différents mécanismes existent (on y reviendra au point C ci-dessous) pour « alléger » la quote-part personnelle de certains patients<sup>10</sup>, ramenant la participation effective moyenne du patient pour l'ensemble des prestations à 8,43%.<sup>11</sup>

## B) Bonne accessibilité générale

Sur base des indicateurs de type « unmet need »<sup>12</sup>, la Belgique obtient des résultats satisfaisant par rapport à la moyenne européenne (voir [annexe statistique 4.3.](#)). Néanmoins, ces indicateurs montrent que, pour certaines prestations telles que les soins dentaires, une amélioration est possible.

En ce qui concerne, l'analyse de plusieurs indicateurs tels que l'espérance de vie en bonne santé, la mortalité infantile, les facteurs de risque et de nombreuses statistiques de la dernière enquête santé, nous renvoyons le lecteur à l'[annexe statistique 4.3.](#)

## C) Mesures pour réduire les « obstacles financiers »

Bien que l'assurance obligatoire soins de santé puisse être qualifiée de relativement large, il n'en reste pas moins que le patient est confronté à des coûts (ticket modérateur, prestations non couvertes, suppléments divers) qui peuvent parfois être importants compte tenu de son budget. Sans oublier que la règle du « remboursement à posteriori » ([Voir point F de l'annexe 4.1.2.](#)) impose au patient d'avancer l'argent avant d'obtenir le remboursement.

Les autorités sont préoccupées par cette problématique et divers mécanismes existent pour « alléger » la quote-part personnelle de certains patients.

- Parmi les mécanismes ciblés sur les groupes identifiés comme les groupes les plus vulnérables en terme d'accessibilité financière, il y a le « **Bénéfice de l'Intervention Majorée** » (Voir [BIM](#) en annexe) et le « **Maximum à facturer** » (Voir [MAF](#) en annexe)

Le « *BIM* » octroie des remboursements plus élevés pour certaines « catégories sociales » de personnes inactives sur le marché du travail (tel que les invalides, pensionnés, handicapés,...) dont les revenus annuels n'excèdent pas un certain montant (actuellement de 13.246 Eur, majorés de 2.452 Eur par enfant à charge). Il est à noter que le gouvernement a décidé d'étendre, dès 2007, le bénéfice du

---

<sup>10</sup> Pour tous les détails sur la détermination du montant de l'intervention de l'assurance ainsi que sur les mécanismes allégeant la quote-part de certains patients, voir [point E de l'annexe 4.1.2.](#)

<sup>11</sup> Par exemple, la participation effective de l'assuré n'est en moyenne que de 1,39% pour les soins infirmiers mais elle s'élève à 22,88% en moyenne pour les soins de kinésithérapie. (Source INAMI ; chiffres pour l'année 2005)

<sup>12</sup> Indicateur exprimant le pourcentage de la population, parfois, contraint à postposer, voir à ne pas se permettre, certains soins.

BIM à **tous** les ménages dont les revenus se situent en dessous d'un plafond à déterminer.

Le « MAF » fixe un montant maximum (qui varie en fonction du revenu du ménage) de dépenses annuelles par famille en matière de soins de santé remboursables. Le « **maximum à facturer** » constitue en fait l'**outil de base de l'action pour l'accessibilité financière des soins de santé grâce à son champ d'action très large** (un peu plus de 500 000 ménages belges ont bénéficié de cette mesure en 2005). L'effet du MAF permet un plafonnement des tickets modérateurs qui allège la charge des patients, principalement pour les catégories de revenus les plus bas (voir [annexe 4.2. « Good practice »](#)). Afin d'encore augmenter la portée de ce mécanisme, notons qu'il a été décidé d'étendre les interventions personnelles prises en compte dans le compteur MAF, c'est le cas par exemple des préparations magistrales et des frais liés à la délivrance d'implants.

- Parmi les mesures non ciblées qui visent à alléger la quote-part personnelle des patients, citons, entre autre :
  - la réduction de 30 % sur le montant du ticket modérateur en cas de consultation d'un médecin généraliste pour toutes les personnes qui possède un « **dossier médical global** » (voir [DMG](#) en annexe)
  - Une politique constante de diminution des prix des médicaments qui se caractérise par :
    - Des **baisses de prix obligatoires** régulières. Ainsi, au 1<sup>er</sup> juillet 2006, ce n'est pas moins de 1400 médicaments, principalement de vieilles spécialités, qui ont vu baisser leur prix (baisse moyenne de 2 % mais largement supérieure dans certains cas) ;
    - Des remboursements plus favorables pour les médicaments meilleurs marchés sur le marché, c'est ce qu'on appelle le « **remboursement de référence** » ;
    - Le remboursement depuis 2006 de plusieurs **médicaments réellement innovants** malgré leur coût énorme (notamment des médicaments contre le cancer comme l'Herceptine et l'Erbixux) grâce à l'augmentation du budget des médicaments.
    - Des campagnes de sensibilisation visant à inciter les prescripteurs à prescrire un pourcentage minimum, sous peine de sanction<sup>13</sup>, de **médicaments génériques** (30 % moins chers que les médicaments sous brevets) à partir du 1<sup>er</sup> avril 2006.
    - Une mise en concurrence des firmes pharmaceutiques, afin d'obtenir le prix le plus bas possible, via un système d'appel d'offres connu sous le nom de « **modèle Kiwi** », a été mise en place pour deux molécules dont la part de marché est importante. Ce système sera développé.

En ce qui concerne les difficultés liées au mécanisme du « remboursement à posteriori », il existe diverses mesures qui visent à ce que les dispensateurs de soins puissent appliquer le « principe du tiers payant »<sup>14</sup> en faveur des personnes dont la situation économique est précaire. Dans cette logique, un système spécifique de « **forfaits** »<sup>15</sup> existe en maison médicale<sup>16</sup> (soins ambulatoires) ; 150.000 personnes en bénéficient.

---

<sup>13</sup> Dont la nature doit encore être précisée

<sup>14</sup> Obligatoire pour l'hospitalisation, la biologie clinique et les médicaments. (Voir [point F de l'annexe 4.1.2.](#))

<sup>15</sup> Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, son organisme assureur et la maison médicale, l'O.A. paie directement à la « maison médicale », tous les mois et par personne abonnée en ordre de mutuelle, une

Par ailleurs, notons également que de nombreux CPAS<sup>17</sup> offrent la possibilité d'une "carte médicale" <sup>18</sup> pour le remboursement des soins de base. En Région bruxelloise par exemple, les 19 CPAS des communes bruxelloises se sont mis d'accord pour le remboursement d'une liste de médicaments essentiels. En ce qui concerne toujours la Région bruxelloise, mais également la Région wallonne, il n'est pas inutile de mentionner qu'une situation délicate concerne le cas de l'accessibilité des personnes sans résidence légale aux soins de santé. Ces personnes ont droit à une Aide Médicale d'Urgence mais la procédure pour obtenir ces soins (via une attestation remplie par un dispensateur de soins à présenter au CPAS) n'est pas toujours connue des différents acteurs impliqués et le seuil administratif est relativement élevé, ce qui restreint parfois l'accès à des soins indispensables de santé pour ces personnes. Diverses initiatives pourraient être envisagées pour augmenter la visibilité de la procédure<sup>19</sup>.

Enfin, diverses études ont récemment montré une hausse sensible du coût du séjour à l'hôpital à charge du patient. Les autorités se préoccupent de cette situation. Ainsi, un récent projet de loi (projet de loi-santé 2006) prévoit d'interdire aux hôpitaux de réclamer des suppléments d'honoraires et de chambres dans certains cas (enfant accompagné d'un parent, hospitalisation de jour, en urgence ou en soins intensifs ...). De plus, afin de garantir une plus grande transparence vis-à-vis du patient et lui faire prendre conscience des conséquences de ses choix, la "déclaration d'admission"<sup>20</sup> a été introduite.

#### D) Mesures pour réduire les « obstacles non financiers »

A coté des aspects, purement financiers, d'autres obstacles réduisent l'accessibilité aux soins de santé de tout ou partie de la population.

**Au niveau de la suffisance de l'offre de soins**, la Belgique ne connaît pas de phénomène de pénurie, ni celui des listes d'attente. (Voir [annexe statistique 4.3.](#)).

Cependant, une structure plus approfondie du paysage hospitalier belge se met progressivement en place. Elle vise à favoriser un ajustement de l'offre des soins hospitaliers dans une zone géographique donnée, appelée « **bassin de soins** », aux besoins de la population. Le but de cette nouvelle structure est de prévoir<sup>21</sup> une offre optimale d'aides et de services en fonction des besoins actuels et futurs de la population de chaque zone. Cette répartition géographique adéquate des sites d'exploitation doit assurer, à terme, l'accès aux soins spécialisés à l'ensemble de la population.

**Au niveau de l'adéquation de l'offre de soins, la priorité est donnée aux soins de 1<sup>ère</sup> ligne.** Ainsi, les autorités politiques veulent inciter les dispensateurs de soins

---

somme fixe : le forfait. Le montant du forfait est calculé sur base du coût moyen des remboursements de l'INAMI dans le système de paiement à l'acte ; le ticket modérateur éventuel reste toutefois à charge du patient

<sup>16</sup> Les « *maisons médicales* » sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Y travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale.

<sup>17</sup> Centres publics d'Action Sociale

<sup>18</sup> Le CPAS peut octroyer à certaines conditions une carte permettant au patient de se faire soigner gratuitement chez un médecin généraliste agréé par le CPAS ou à une consultation médicale dans un hôpital d'un réseau déterminé.

<sup>19</sup> Notamment via la mise en place de « Relais santé », au sein des « Relais sociaux » en Région wallonne.

<sup>20</sup> Il s'agit d'un document qui explique à quels coûts il faut s'attendre dans le cadre d'une admission à l'hôpital et qui doit obligatoirement être fourni à tout patient, au plus tard au moment de son admission.

<sup>21</sup> En jouant sur la palette des outils de régulation dont les gouvernements fédéraux, régionaux et communautaires disposent : programmation, normes d'agrément, règles de financement ...



à optimiser l'accessibilité des soins de santé primaires (c'est-à-dire les prestataires de 1<sup>ère</sup> ligne, donc principalement les médecins généralistes) car ceux-ci, par leur position de 1<sup>er</sup> contact, peuvent davantage tenir compte de la diversité des personnes, et dès lors jouer un rôle important dans la détermination d'un « **trajet de soins** » adéquat et optimal pour le patient.

De fait, même si le choix libre et responsable du médecin doit rester le fondement, une certaine structuration (« Gate keeping ») de l'offre de soins est parfois nécessaire. Ainsi, en vue d'encourager le recours préalable au médecin généraliste (MG) avant toute consultation d'un spécialiste, la première consultation référencée chez le spécialiste bénéficiera prochainement (fin 2006) d'un « *tarif préférentiel* » de remboursement.

Par ailleurs, on constate que la répartition géographique des médecins généralistes est parfois problématique, ce qui génère une couverture en MG insuffisante dans certains quartiers ou sous-régions. En vue de remédier partiellement à cette situation, un « *fonds d'impulsion* », octroyant des prêts sans intérêts doublés de subsides aux généralistes qui s'installent dans une zone connaissant une pénurie de MG, sera lancé dès septembre 2006.

Notons enfin que cette priorité aux soins de première ligne est également relayée par les Communautés et Régions. Par exemple, un décret flamand de mars 2004 vise à ce que les prestataires de soins fournissent des efforts particuliers pour optimiser l'accessibilité des soins de 1<sup>ère</sup> ligne, notamment en tenant compte de la « diversité » de la population en lien avec la politique de l'égalité des chances.

#### **4.2.3. Promouvoir la qualité des soins**

##### A) Des soins de qualité pour tous !

Toutes les autorités belges compétentes en matière de santé sont conscientes que la qualité des soins doit bénéficier d'une attention constante. Outre le respect des normes d'agrément qui lui sont applicables, les autorités doivent veiller à ce que les institutions de soins dispensent à tout usager des soins justifiés répondant aux exigences d'efficacité, d'efficience, de continuité, d'acceptabilité sociale et d'orientation vers l'usager, sans distinction d'aucune sorte<sup>22</sup>. A cette fin, une attention particulière est portée, entre autres, aux soins de première ligne, aux politiques de prévention, à l'implication des patients, à la liberté de choix et la disponibilité de l'information.

Afin d'avoir une structure d'appui à la décision en matière de politiques de soins de santé, le « **Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé** » (KCE)<sup>23</sup> a été créé en vue d'œuvrer à une grande accessibilité des soins de haute qualité en tenant compte de la croissance des besoins et de la limitation des budgets disponibles. Les activités du KCE peuvent être réparties en quatre domaines d'investigation :

- L'analyse des pratiques cliniques et le développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice)
- L'évaluation des technologies médicales (Health Technology Assessment)
- Le financement et l'organisation des soins (Health Services Research)
- L'équité et l'étude du comportement des patients.

Il est à remarquer que la prise en compte des « *Good Practice* » est de plus en plus considérée comme contribution indispensable à la réalisation d'une politique de santé

---

<sup>22</sup> Notons qu'un décret flamand d'octobre 2003 concernant la qualité des soins de santé oblige les prestataires à fournir leurs prestations sans aucune distinction (âge, sexe, conviction idéologique, philosophique ou religieuse, race, situation économique) relative au patient concerné.

<sup>23</sup> <http://www.kenniscentrum.be/>

efficace. Ainsi, afin d'arriver à une meilleure qualité des prestations médicales, l'INAMI a organisé des "**campagnes de feedback**" sur différents sujets. Un feedback individuel comporte d'une part des informations scientifiques récentes sur certains thèmes et, d'autre part, des données individuelles concernant les prestations du médecin dans ce domaine. Il ou elle est également comparé(e) à des collègues de son arrondissement et de l'ensemble du pays.

Enfin, comme signalé à la section et à l'annexe 4.1, sous réserve des compétences réservées aux autorités fédérales, les Communautés sont compétentes pour l'éducation à la santé ainsi que pour les activités et services dans le domaine des « **soins de santé préventifs** ». Ces derniers regroupent entre autres les initiatives visant l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population. Pour **les politiques de vaccination**, des vaccins et vaccinations gratuits font partie de la politique de santé actuelle ([voir annexe 4.2. « good practice »](#)). Les enfants et les jeunes peuvent se faire vacciner gratuitement par l'intermédiaire des services de prévention organisés. Les vaccins contre la polio, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'Haemophilus influenza de type B, la rougeole, les oreillons, la rubéole et le méningocoque du sérogroupe C sont gratuits. En offrant ces mesures préventives gratuitement et de manière non stigmatisante, on obtient de bons résultats en matière de santé dans les groupes vulnérables également, p.ex. les personnes vivant en situation de pauvreté<sup>24</sup>. ([voir annexe statistique 4.3.](#))

Concernant **les politiques de dépistage**, un protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie a été conclu ([voir annexe 4.2. « Good practice »](#)). Des campagnes d'information ont par ailleurs été lancées au sujet du programme de dépistage de ce cancer. Un examen mammographique préventif est offert tous les deux ans calendrier aux femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas déjà été traitées pour un cancer du sein et ne subissant pas régulièrement un examen de contrôle. (Voir [annexe statistique 4.3.](#) pour les % de mammographies).

## B) La qualité des traitements :

### B1. Plusieurs initiatives de « good evidence medicine »

#### **Les pratiques propres au milieu hospitalier :**

La prise en compte des « Good evidence medicine » est de plus en plus considérée comme contribution indispensable à la réalisation d'une politique de santé efficace. En milieu hospitalier, les pratiques suivantes ont vu le jour en Belgique :

- Les "*itinéraires cliniques*" (IC) sont un ensemble de méthodes et de moyens permettant d'harmoniser les interventions des membres de l'équipe multidisciplinaire et interprofessionnelle et conclure des accords sur les tâches pour une "population spécifique de patients". L'organisation des soins entre les établissements (systèmes de renvoi) et la coopération entre les soins primaires et les échelons supérieurs peut être optimisée grâce au IC.
- La "*gestion du risque clinique*" comporte une série de concepts, méthodes et techniques pour éviter autant que possible les résultats indésirables ou négatifs du processus de soins. L'autorité fédérale soutient 2 projets de recherche. Le premier concerne les erreurs de médication; 17 hôpitaux y participent. Le second

---

<sup>24</sup> Néanmoins, attirons l'attention sur le fait que l'accessibilité à certains soins de santé préventifs est plus faible pour les groupes socio-économiques les plus faibles ainsi que pour les personnes faiblement scolarisées ([voir annexe statistique 4.3.](#))



projet de recherche vise à examiner la faisabilité de l'extraction d'un ensemble d'indicateurs de sécurité à partir de banques de données administratives existantes.

- Un "comité médico-pharmaceutique" (CMP) multidisciplinaire est prévu dans chaque hôpital par la législation relative aux hôpitaux afin de garantir une utilisation efficace et rationnelle des médicaments dans l'établissement.
- Depuis 1999, des "collèges de médecins" ont été créés dans divers domaines. Les collèges ont une double mission : expliciter la qualité, principalement à l'égard des praticiens professionnels, et promouvoir l'échange bilatéral d'informations sur la pratique médicale entre les autorités et les prestataires. Concrètement, leurs tâches consistent, entre autres, à fixer, en consensus, des indicateurs de la qualité et des critères d'évaluation en matière de bonne pratique médicale, à réaliser d'éventuelles visites, à contrôler les données enregistrées, à rédiger des rapports, à réaliser des feedback pour les hôpitaux et les médecins concernés...

### **Les pratiques non propres au milieu hospitalier :**

La notion '*soins sur mesure*' s'est développée pour des affections telles que la mucoviscidose, les maladies neuromusculaires, l'infirmité cérébrale, le spina bifida, les affections monogéniques héréditaires, ... Le concept fonctionne par un système de contrats avec des « centres de référence » qui s'engagent à une prise en charge globale et longitudinale de ces patients, en fonction de leurs besoins qui peuvent varier selon le stade de la maladie (p.ex. le diagnostic, le stade de dépendance, le stade palliatif) et selon la gravité et la complexité de l'atteinte.

Parallèlement, un système de « *remboursement conditionnel* » a été instauré pour un certain nombre de prestations excessivement coûteuses, mais dont le remboursement est réservé aux indications "Evidence Based Medicine". S'agissant de prestations hautement spécialisées (comme par exemple les défibrillateurs cardiaques implantables) les super-spécialistes concernés sont associés aux décisions de prise en charge, dans un but de 'peer review' mais aussi de contrôle/responsabilisation sociale.

### B2. Traitements de qualité via une rationalisation optimale de l'utilisation des ressources

La politique de « **programmation** » détermine, au niveau fédéral, combien d'hôpitaux, de services hospitaliers, de sections, fonctions et lits sont nécessaires. Si ce calcul se fait en fonction des besoins de la population, et des perspectives futures<sup>25</sup>, il tient également compte de la répartition géographique et tente de se faire dans les conditions d'une gestion saine, nécessitant une certaine rationalisation dans l'utilisation des ressources. Ainsi, comme indiqué au point D de la section 4.2.2., la structure en « **bassin de soins** », vise une répartition géographique optimale d'aides et de services pour chaque zone.

La même logique est de mise pour la planification des technologies (Pet Scan par exemple).

### C) La qualité des prestataires

- La manière traditionnelle pour arriver à des soins de qualité est d'imposer des "**normes de reconnaissance**"

---

<sup>25</sup> A l'aide de règles mathématiques et de formules basées sur des chiffres de la population, de la pyramide d'âge, de la morbidité...

- Pour être reconnu, une institution de soins<sup>26</sup> doit satisfaire à des normes de reconnaissance, appelée « *Agrément* », portant entre autres sur :
  - o l'organisation générale (niveau d'activité minimal, capacité minimale exigée en lits, les types de programmes de soins...);
  - o l'organisation et le fonctionnement de tous les types de services (exigences en matière d'équipement technique, personnel médical, paramédical et infirmier...).

Au fil des ans, la reconnaissance des institutions a connu une évolution. Ainsi, dans un souci de protection de la santé publique, à côté d'exigences structurelles, les normes comportent de plus en plus de conditions orientées vers le patient.

- De même, le personnel médical et paramédical doit également satisfaire à certaines normes pour pouvoir prêter. Ainsi, une « *accréditation* » est accordée à tout prestataire qui satisfait à des conditions minimums déterminées en matière de formation continue, d'évaluation (par les pairs) et d'activité (nombre de patient minimum). Cette accréditation donne le droit à un « honoraire » annuel forfaitaire complémentaire.
- Outre la nécessité d'avoir des normes de reconnaissance adéquates, d'autres critères de qualité des prestataires sont importants :
  - Pour assurer une offre de qualité, les prestataires doivent être suffisamment nombreux. Comme signalé au point D de la section 4.2.2, La Belgique ne connaît pas de véritable phénomène de pénurie des prestataires, ni celui des listes d'attente.
  - Des systèmes d'évaluations par les pairs (« *Peer review* ») existent dans un souci de motivation réciproque des prestataires. Ainsi, via le concept de "**performance hospitalière**", sur la base de banques de données existantes, un feedback individuel, multidimensionnel et intégré des données administratives des hôpitaux est actuellement élaboré à l'attention des hôpitaux. L'objectif est de permettre à ceux-ci de déterminer leur position dans le paysage hospitalier belge, afin qu'ils puissent définir pour eux-mêmes des objectifs et des actions d'amélioration et gérer la qualité de manière prospective.

#### D) Le respect des droits du patient

La formulation précise des « **droits du patient** » dans une loi claire et simple constitue un instrument important pour la promotion de la qualité des services de soins de santé, et notamment pour une bonne relation entre le patient et le dispensateur de soins. Selon la loi, le patient a, dans sa relation avec un praticien professionnel plusieurs droits : droit à des prestations de qualité, droit au libre choix du praticien professionnel, droit à toutes les informations qui le concernent, droit à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr, droit à la protection de sa vie privée ... etc.

Notons qu'afin de garantir le respect de ces droits en pratique dans les hôpitaux, une fonction de « *médiation* » a récemment été créée pour concilier le patient et les dispensateurs de soins.

Notons également, dans une optique similaire, que la Communauté flamande soutient diverses initiatives qui visent à renforcer la position des patients. Citons, par exemple, le soutien à la « *Vlaams Patiëntenplatform* » (VPP – Plate-forme flamande des patients), une fédération qui représente des associations de patients et des groupes

---

<sup>26</sup> En ce qui concerne les hôpitaux, il en va de même pour chaque service, fonction, département, service médical, service médico-technique et programme de soins créés en leur sein.

d'entraide en Flandre, qui a pour objectif global l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage, afin de parvenir à des soins « sur mesure » accessibles.

#### **4.2.4. Garantir la viabilité financière de soins accessibles et de qualité**

##### A) Evolution des dépenses : tendance maîtrisée tenant compte du coût du vieillissement

La Commission d'Etude pour le Vieillissement (CEV) estime, dans son dernier rapport de mai 2006, que les dépenses publiques de la santé passeront de 7,1%<sup>27</sup> du PIB en 2005 à 10,8% en 2050. Ces projections tiennent compte aussi bien des facteurs démographiques (effet de volume et effet de vieillissement des populations) que des facteurs non-démographiques. Les projections distinguent l'évolution des soins aigus (qui passeraient de 6,2% à 8,6% du PIB de 2005 à 2050) et les dépenses pour les soins de longue durée (qui passeraient de 0,9% à 2,2% du PIB de 2005 à 2050).

Notons que le groupe de travail sur le vieillissement (Working Group on Ageing : WGA) du Comité de politiques économiques de l'Union européenne fait une estimation quelque peu différente puisqu'il s'attend à une progression moins forte des dépenses publiques en Belgique (qui augmenteraient de 7,1% vers 9,5% du PIB de 2005 à 2050)

Pour plus d'informations sur l'évolution des dépenses et leur projection, voir [annexe statistique 4.3.](#)

En vue de faire face à ces dépenses croissantes, la fixation d'**une norme globale de croissance des dépenses**, en ce qui concerne l'assurance soins de santé obligatoire, est en vigueur depuis l'exercice 1995 et a été fixée à **4,5 %** par an **hors inflation**<sup>28</sup>, pour les années 2004 à 2007 (voir B ci-dessous).

##### B) Fixation d'une norme de croissance des dépenses publique de santé

Le principe consiste à fixer, d'année en année, le montant maximum permis des dépenses (remboursement des prestations reprises) de l'assurance soins de santé obligatoire, compte tenu de la norme de croissance fixée (4,5 % par an hors inflation de 2004 à 2007), ce montant est appelé « **Objectif Budgétaire Global** »<sup>29</sup>. En 2004, un net dépassement de cet objectif budgétaire a été observé. En 2005, un très léger dépassement a encore eu lieu (donc le « trend dépenses » a été infléchi au dessous de 4,5% de croissance réelle). Les premières indications semblent montrer que l'objectif budgétaire global devrait être respecté en 2006.

C'est l'INAMI qui est chargé de l'élaboration annuelle du budget de l'assurance obligatoire soins de santé. Comme les besoins sont différents chaque année et ne sont pas les mêmes pour tous les secteurs, cela entraîne que cet O.B. Global est réparti,

---

<sup>27</sup> Selon la méthodologie SHA (System of Health Accounts) de l'OCDE, les dépenses totales de santé en Belgique s'élevaient à 9,9% du PIB en 2003 (environ 10,1% en 2004 selon les estimations) dont +ou- 70% de dépenses publiques et 30% de dépenses privées.

<sup>28</sup> Notons que cette norme ne concerne que les dépenses de soins de santé remboursées par l'assurance maladie. Ne font donc pas partie de ce montant, les tickets modérateurs à charge des assurés, les prestations (ou matériel ou médicaments) non reprises dans la liste (la nomenclature) des soins remboursés ... etc.

<sup>29</sup> Cela sous-entend que le financement des dépenses ainsi « contenues » est possible. Cependant, comme cette norme maximale permise pour la croissance des dépenses est supérieure à la croissance du PNB, cela peut entraîner des problèmes de financement à moyen terme...

subdivisé, chaque année, en « **Objectifs Budgétaire Partiels** » par grandes rubriques médicales et paramédicales.

Pour effectuer cette répartition, les organes responsables se basent sur plusieurs éléments : la description et l'estimation financière du coût des « besoins nouveaux » (liste de prestations non encore couvertes (ou insuffisamment) par l'assurance maladie) ; les calculs techniques effectués par les services de l'INAMI donnant le montant estimé des dépenses futures ; les possibilités d'économie sur les prestations existantes (suppression de prestations obsolètes, diminution d'honoraires, modulation des tickets modérateurs, modification des règles d'accès et de remboursement des prestations ... etc.). Pour plus de détail sur la procédure budgétaire, voir le [point A de l'annexe 4.1.2.](#)

#### C) Monitoring des dépenses publiques de santé

Une fois ces O.B. Partiels fixés (au cours du deuxième semestre de l'année précédente), une « **procédure de Suivi** » est mise en place afin de vérifier la réalisation de ces objectifs et donc en vue d'assurer le respect de la norme. Ainsi, au cours de l'année considérée, les dépenses de l'assurance soins de santé sont analysées régulièrement. Le but premier de cette analyse est de pouvoir détecter le plus rapidement possible un (risque de) dépassement de l'objectif budgétaire partiel fixé (pour chaque O.B. partiel) et de prendre le plus rapidement possible les mesures adéquates, permettant le respect des budgets. Pendant l'année considérée, sur base mensuelle (avec un décalage de trois mois), l'INAMI reçoit des O.A., les dépenses<sup>30</sup> de l'assurance soins de santé. Sur cette base, chaque trimestre, une analyse détaillée est effectuée et communiquée aux différents organes de gestion assurant ainsi un « **audit permanent** » de l'analyse de l'évolution des dépenses. Si des risques de dépassements de l'objectif budgétaire sont mis en évidence, des corrections sont demandées, et mises en œuvre.

#### D) Outils de maîtrise de la norme de croissance des dépenses publiques de santé

A côté des indispensables mesures correctrices citées en C, l'état met en place diverses politiques visant à maîtriser le coût (volume et prix) des prestations. Les principales sont énumérées ci-dessous :

##### **1°) Les politiques visant à responsabiliser les acteurs**

Plusieurs dispositifs de l'assurance obligatoire soins de santé incitent tous les acteurs à faire preuve de « mesure » en matière de dépenses de santé. Citons par exemple :

- Le ticket modérateur et le remboursement à posteriori responsabilisent les patients ;
- La « forfaitarisation » de certaines prestations principalement hospitalières responsabilise les prestataires. En effet, comme la règle de principe de la « prestation par acte » amène parfois à une certaine surconsommation, il est désormais prévu, dans certains domaines, que l'on passe partiellement à « la forfaitarisation » (pour la biologie clinique, l'imagerie médicale...) afin de mieux maîtriser les dépenses ;
- Le mécanisme de « l'audit permanent des dépenses » responsabilise les prestataires et les gestionnaires ;
- Les O.A. sont également responsabilisés via la répartition du budget de l'INAMI entre les caisses (c'est-à-dire les mutuelles). En effet, sans rentrer dans les détails, 30% des interventions des mutuelles est remboursé par l'INAMI en

---

<sup>30</sup> Il s'agit des dépenses « comptabilisées » (par opposition aux notions de « prestées » ou « payées »).

calculant, pour chacune des mutuelles, leurs « dépenses théoriques ». Ces dépenses théoriques étant fonction des profils de « risques de santé » de leurs assurés.

## **2°) Rationalisation et Efficacité dans la maîtrise du volume des prestations et prescriptions :**

La promotion des soins de 1<sup>ère</sup> ligne, les campagnes contre l'abus d'antibiotiques, les techniques d'« evidence based medicine », le DMG (Dossier médical global) ... tous ces « incitants », décrits dans les sections précédentes, qui ont comme but premier l'accessibilité ou/et la qualité des soins, sont également des « incitants » à l'efficacité et à la rationalisation dans les prestations qui, s'ils portent leurs fruits, engendreront inévitablement, toutes autres choses égales par ailleurs, une réduction du volume des prestations de soins de santé.

Dans la même optique, on peut espérer que le recours de plus en plus fréquent au mécanisme de la « Forfaitarisation » (voir 1<sup>o</sup> de cette section) agisse comme un frein à la surconsommation. A ce sujet, il est à noter, qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, les médicaments utilisés en milieu hospitalier sont forfaitisés à concurrence de ¾.

Enfin, notons que le développement constant du réseau de données qu'est la « Banque Carrefour de sécurité sociale » et la généralisation de la carte SIS (ainsi que la progression de la carte européenne) sont autant d'éléments favorables à une bonne efficience en permettant, notamment, des gains de temps.

## **3°) Les mesures visant à maîtriser le prix des prestations :**

Diverses mesures visent à modérer l'évolution des prix des biens et services de santé. On a vu au point C de la section 4.2.2 que les prix d'une série de médicaments ont considérablement baissé au 1<sup>er</sup> juillet 2006. La future application du « modèle kiwi », pourrait confirmer cette tendance à la diminution du prix des médicaments dans les mois à venir.

## E) Autres politiques de durabilité

En ce qui concerne **les politiques de promotion de la santé et de modes de vie saine**<sup>31</sup>, les communautés ont chacune leur propre politique.

Le Gouvernement flamand avait déjà officiellement reconnu, en 1998, 5 objectifs de santé (health targets), en conformité totale avec les recommandations de la section européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Au cours de la période 2006-2008, ces objectifs sont systématiquement actualisés<sup>32</sup>. En 2007, une attention supplémentaire sera accordée à l'élaboration d'un plan concernant la consommation de stimulants (tabac, alcool et drogues). En 2008, l'autorité flamande organisera une conférence de santé au sujet de l'alimentation et de l'exercice physique.

La Communauté française a, elle, élaboré un Plan Communautaire Opérationnel définissant les priorités en matière de promotion et de prévention de la santé :

---

<sup>31</sup> Voir [annexe statistique 4.3](#), pour les facteurs à risque : exercice physique, indice de masse corporelle, tabagisme.

<sup>32</sup> Les objectifs sont les suivants: la diminution du nombre de fumeurs de 10 %, spécifiquement parmi les jeunes; la réduction d'une alimentation riche en graisses au profit d'une alimentation pauvre en graisses et riche en fibres; l'examen plus efficace en ce qui concerne le cancer du sein (au moyen d'une mammographie auprès des femmes de 50 à 69 ans); la diminution (de 20 %) du nombre d'accidents mortels de la vie privée et de la circulation; une meilleure prévention en matière de maladies infectieuses (notamment par un taux de vaccination accru pour les affections telles que la polio, la coqueluche, le tétanos, la diphtérie, la rougeole, les oreillons et la rubéole, l'objectif étant d'arriver au moins au pourcentage de vaccination de 95 %, recommandé par l'OMS. Cet objectif est largement atteint depuis 2005. La prévention en matière de suicide et de dépression constitue actuellement le 6<sup>e</sup> objectif de santé.

prévention des cancers, prévention SIDA-IST, santé cardiovasculaire, vaccination, prévention des accidents domestiques ainsi que la prévention des assuétudes. Dans le cadre de la priorité santé cardiovasculaire, un « Plan des attitudes saines » a été adopté en 2005 sensibilisant les enfants et adolescents, via une campagne d'information, à changer leurs habitudes en mangeant mieux et en bougeant plus !

Par ailleurs, 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.

Enfin, notons qu'en vue de promouvoir l'utilisation responsable des antibiotiques, et notamment pour combattre l'augmentation de la résistance microbienne à ces médicaments, des campagnes de sensibilisation<sup>33</sup> sont organisées dans le but de réduire la surconsommation actuelle d'antibiotiques en Belgique.

#### F) Financement complémentaire (ou privé) des dépenses de santé

L'assurance soins de santé obligatoire publique est une des branches de la sécurité sociale, financée par la gestion globale de la sécurité sociale. Cette organisation n'est pas mise en cause, tous les efforts portent sur sa consolidation et sa pérennité.

Toutefois, certaines prestations ne sont pas couvertes, ou ne sont que partiellement couvertes, par l'assurance obligatoire. Pour accroître leur couverture, les personnes peuvent décider de s'affilier à une « assurance complémentaire » soins de santé. Cette assurance complémentaire peut être offerte soit par l'organisme assureur (elles sont alors gérées dans un esprit mutualiste, de solidarité, sans esprit lucratif) auprès duquel la personne est obligatoirement affiliée, soit par des assurances privées.

Notons également que certains employeurs prévoient une couverture en « assurance complémentaire de groupe » pour ses travailleurs.

Il semble que le recours à des assurances complémentaire se soit accru au cours des dernières années<sup>34</sup>.

### **Section 4.3. Les soins de longue durée**

#### **4.3.1. Brève description du système de soins de long-terme**

Définir les « soins de long-terme » (ou « soins de longue durée ») n'est pas une chose évidente. Ceux-ci ne se limitent pas aux soins aux personnes âgées. Nous avons choisi d'intégrer également dans cette catégorie, l'ensemble des soins de réhabilitation, de santé mentale, les maladies chroniques et les soins palliatifs. Par ailleurs, nous mentionnerons aussi certains services d'aides qui ne prestent pas réellement des soins de santé mais qui rendent des services complémentaires indispensables aux soins de santé de long-terme. Ces services servent le plus souvent de soutien aux « soins informels » prestés par les familles.

Pour les soins de longue durée, et particulièrement les soins aux personnes âgées, les Communautés et Régions disposent de nombreuses compétences (Voir [annexe 4.1.1.](#))

---

<sup>33</sup> Notamment via la création d'un comité appelé BAPCOP (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee)

<sup>34</sup> Le nombre de personnes couvertes par une assurance soins de santé privée a augmenté de respectivement 18% et 21% de 2000 à 2004 pour les contrats individuels (passant de 959.000 à 1.136.000) et pour les contrats collectifs (passant de 2.849.000 à 3.459.000). Les montants remboursés par une assurance soins de santé privée ont connu une évolution plus marquante encore de 2000 à 2004 passant de 77.576.000 à 141.570.000 pour les contrats individuels (augmentation de 82,5%) et de 180.667.000 à 314.993.000 pour les contrats collectifs (+ 74,3%). (Source : Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances)

En conséquence, la panoplie des services offerts varie entre les régions, communautés. Notons que ces différences pourraient s'intensifier dans le futur, en particulier en ce qui concerne la politique des « seniors », vu que les différentes régions présentent des pyramides des âges différentes et donc que le vieillissement n'est, et ne sera, pas ressenti partout au même moment ni dans la même mesure.

Au niveau de l'organisation, dans chacune des Communautés/Régions, les soins de longue durée peuvent être prestés, selon le cas, soit en milieu hospitalier dans des services spécialisés, soit dans des institutions spécialisées ou encore prendre la forme de soins à domicile. Comme on le verra dans les différentes sections de cette partie, des collaborations sont développées entre ces différents prestataires mettant l'accent sur une approche multidisciplinaire et intégrée des soins de longue durée.

Enfin, en vue de coordonner au mieux les politiques des différents niveaux de pouvoir, des comités spécialisés appelés « **Conférences Interministérielles** » (composées de membres du Gouvernement fédéral et des exécutifs des Communautés et des Régions) ont été créées et visent à la détermination d'objectifs communs autour desquels chaque autorité établit, compte tenu de sa propre diversité, ses politiques autonomes afin de réaliser ces objectifs. Ainsi, il existe 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 ».

#### **4.3.2. Assurer l'accès aux soins de long-terme**

A) Une offre de soins aux personnes âgées qui se développe constamment pour répondre à l'évolution des besoins

Le vieillissement de la population, et plus particulièrement du groupe des plus de 80 ans, lequel connaîtra la croissance la plus rapide (voir [annexe 4.3. pour espérance de vie](#)) a des effets considérables sur la demande et les besoins de soins qui impliquent une adaptation constante de la nature et de la qualité des structures de soins offertes.

Pour répondre à ces besoins, il existe différentes possibilités de services destinés spécifiquement aux personnes âgées.

##### **1°) L'accueil résidentiel non hospitalier :**

En Belgique, l'offre d'« *accueil résidentiel non hospitalier aux personnes âgées* » comporte plusieurs types de structures d'accueil définitif qui se distinguent par leur proposition en services hôteliers et en offre de soins. Aux « *Maisons de repos pour personnes âgées* » (MRPA) formes d'hébergement classique pour personnes de plus de 60 ans, se joignent les « *Maisons de repos et de soins* » (MRS), plus médicalisées, ainsi que, pour les personnes âgées encore autonomes, les « *Résidences-services* », qui proposent des logements individuels associés à des prestations " à la carte ".

A côté de ces structures d'accueil définitif, et souvent en leur sein, s'est développée une offre d'accueil ponctuel ou temporaire. Ce sont les « centres de soins (ou d'accueil) de jour/de nuit » et les « centres de court-séjour ». Un « centre de soins de jour » est relié à une Maison de Repos. Il offre, durant la journée/nuite des prestations plus « limitées » aux personnes âgées par ailleurs encore suffisamment autonomes pour rester chez elles. Un « centre de court-séjour » offre un accueil semi-résidentiel où les personnes âgées ne peuvent séjourner que pour de courtes périodes, avec un maximum de 60 jours successifs et de 90 jours sur une base annuelle.

La « **programmation** » des besoins en structure d'accueil pour personnes âgées est réalisée en tenant compte du nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et de



l'évolution démographique des différentes classes d'âge à partir de 60 ans dans les différentes Communautés et Régions<sup>35</sup>.

En octobre 2005, le groupe de travail « *Politique de la Santé à mener à l'égard des personnes âgées* » a conclu un Protocole d'accord (le n°3) ([voir annexe 4.2. « Good practice »](#)), d'une portée de 6 ans, élaborant une politique cohérente en faveur des personnes âgées et veillant à répondre, de façon coordonnée, en respect des compétences de chacun, aux besoins d'accueil, d'accompagnement et de soins de ce groupe cible. Par ce protocole, la programmation initiale en matière de MRPA et de MRS a été élargie et transformée en programmation de « *formes de soins* » intégrant les formes alternatives ou innovantes de soins et le soutien au maintien à domicile, et ce, via une clé de reconversion par rapport à un équivalent-MRS. Concrètement, chaque entité fédérée dispose d'un budget additionnel (exprimé en équivalents-MRS<sup>36</sup>) lui permettant d'accroître ses capacités d'accueil, de poursuivre la reconversion de lits MRPA en lits MRS, mais aussi de diversifier l'offre de soins<sup>37</sup>.

Tout en laissant aux entités fédérées une grande latitude dans l'utilisation des équivalents-MRS, ***l'Autorité fédérale demande aux Communautés et Régions de tenir compte, dans leur programmation, de la priorité qui doit être donnée au maintien à domicile.***

### **2°) Priorité au maintien à domicile :**

Les soins à domicile offrent une alternative idéale aux soins résidentiels en étant le cadre par excellence pour organiser des « soins sur mesure ».

Dans cette optique, et en vue d'obtenir un meilleur encadrement ainsi qu'une réduction de la charge de travail, des accords sociaux ont été conclus en 2005<sup>38</sup> prévoyant la réalisation de 2.613 ETP, dont 70 ETP sont réservés aux soins à domicile, afin de pouvoir développer une offre de soins qui évite ou retarde le placement pour les personnes nécessitant des soins et résidant chez elles, dans le cadre d'une collaboration entre les soins de première ligne et les établissements de soins.

Par ailleurs, à côté des dispositions propres aux soins à domicile, chaque communauté met également à disposition diverses associations subventionnées, telles que : les services pour les soins de la famille (« Gezinszorg » en Flandre), les centres de services locaux et régionaux (« Lokale en Regionale » dienstcentra en Flandre), les services pour « oppashulp » (en Flandre), les associations pour les utilisateurs de soins informels (en Flandre), les services d'aide logistique aux soins à domicile (en Flandre).

Comme on le voit, la Communauté flamande a clairement affirmé que le développement des soins à domicile constitue une priorité dans sa politique de santé, et ce afin de respecter le souhait des patients qui est de rester le plus longtemps

---

<sup>35</sup> Malgré les prix de journée relativement élevés de ces types d'institution (cfr. point B), la Belgique se situe parmi les pays qui connaissent un taux élevé d'institutionnalisation, avec environ 6 à 7 personnes institutionnalisées par 100 personnes de 65 ans ou plus ([voir annexe statistique 4.3.](#))

<sup>36</sup> Ce qui équivaut à un budget additionnel alloué par l'Etat fédéral aux Communautés et Régions de 174 millions d'EUR pour la période du protocole (2005-2011)

<sup>37</sup> Ainsi, le protocole n°3 précise que les équivalents MRS doivent être utilisés à concurrence de 20% pour encourager des projets innovants, c'est-à-dire soit des formes de soins résidentiels programmés, non définitifs (centres de soins de jour, court-séjour, etc.), soit des soins résidentiels programmés de soutien aux soins à domicile, soit un accord de collaboration entre une ou plusieurs de ces structures et des structures résidentielles

<sup>38</sup> Dans le cadre d'une reconversion de l'équivalent de 28.000 lits MRPA en MRS suivant le principe des "équivalents MRS"



possible dans son domicile<sup>39</sup> (voir [annexe statistique 4.3.](#)). La Région bruxelloise a également fait du développement des soins à domicile une priorité, notamment par la création d'une « plate-forme de concertation pour la santé des personnes âgées à domicile ». Quant à la Région wallonne, elle soutient aussi l'aide à domicile, notamment en subsidiant, de 2004 à 2006, une augmentation considérable des heures d'aides familiales pour les personnes dépendantes.

Notons également que la Communauté germanophone a renforcé les ponts entre structures d'accueil, offres trans-murales et structures d'aide à domicile en étendant le concept de « *case management* »<sup>40</sup> à tout le secteur des personnes âgées.

### **3°) L'accueil hospitalier des personnes âgées : promouvoir un continuum de soins**

Un programme de soins gériatriques a été élaboré. Le développement de ce programme vise à garantir une approche spécialisée aux patients gériatriques comprenant 5 volets : le service de gériatrie (index G), la consultation de gériatrie, l'hôpital gériatrique de jour, la liaison interne et la liaison externe. Ces nouvelles fonctions de liaison ont pour objectif d'assurer un « **continuum des soins** » aux personnes âgées entre la prise en charge hospitalière et les soins long terme. Ainsi, la liaison interne aide à la prise en charge des patients à profil gériatrique non admis en gériatrie, et, la liaison externe permet le passage aisé sans discontinuité de l'hôpital vers les maisons de repos et de soins ou vers les coordinations de soins à domicile.

Par ailleurs, une avancée significative concerne l'hôpital gériatrique de jour et permet un programme diagnostique ambulatoire dans le cadre par exemple d'une évaluation globale des problèmes spécifiques au grand âge ou d'un bilan préopératoire. 46 hôpitaux de jour, ont ainsi pu voir le jour, sous forme de projets-pilotes, le 1er janvier 2006.

## **B) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins aux personnes âgées**

### **1°) le problème de listes d'attente dans les services d'accueil ponctuel ou temporaire**

La programmation des structures d'accueil, sur base des besoins de soins et de l'évolution démographique, adaptée aux différentes Communautés et Régions (cfr. point A), permet d'une manière globale<sup>41</sup> d'éviter les problèmes liés aux manques de place pour les besoins d'institutionnalisation définitive ou de long terme. Par contre, certains manques sont parfois constatés au niveau des structures d'accueil ponctuel ou temporaire permettant la continuité des soins avant le retour à domicile. C'est pourquoi, la création de nouveaux centres d'accueil de jour ou de court séjour est encouragée, par exemple, par des formules visant à rendre plus attractive, point de vue financier, la création de telles institutions qui doivent notamment faire face à d'importants frais fixes.

---

<sup>39</sup> Notons aussi que, dans la même optique, l'Etat fédéral désire soutenir les soins et aides apportés par l'entourage des seniors par des congés professionnels ou des interruptions de carrière spécifiques ...

<sup>40</sup> Une personne âgée est prise en charge dès une première demande (soit pour l'accueil en MR-MRS soit pour l'octroi d'aides à domicile) ; l'équipe pluridisciplinaire établit avec la personne un plan d'aide et de soins en fonction de ses besoins et tenant compte de l'environnement familial et de l'habitat ; en cas de besoin, des liens sont établis avec les structures d'aide sociale. Actuellement sous forme de projet pilote, ce concept a permis d'éviter l'entrée en MR-MRS pour 50% des demandeurs.

<sup>41</sup> Cependant, dans certaines provinces, il y a quelques manques, surtout pour les demandes « urgentes » d'institutionnalisation, principalement dans les MRS.

## **2°) Les coûts des services aux personnes âgées**

Les soins de santé prestés dans le cadre des services aux personnes âgées (accueil résidentiel ou soins à domicile) sont couverts « *forfaitairement* », par l'assurance soins de santé obligatoire, en fonction du degré de dépendance des bénéficiaires<sup>42</sup>.

Par contre, les frais d'hébergement, dans les structures d'accueil non hospitalières, sous la forme de « *prix de journée* », sont à charge du résident. Le prix, contrôlé par l'état fédéral, est variable selon les institutions en fonction des services offerts. De plus, pour les « Centres de jour » et les « Courts séjours », n'oublions pas qu'outre le prix du séjour en institution, la personne âgée doit continuer à couvrir les frais de son domicile<sup>43</sup>.

En vue d'augmenter la transparence et afin de permettre au résident et à sa famille d'avoir une information suffisante pour pouvoir établir une comparaison fiable de l'offre faite par les différentes institutions, les autorités se sont engagées à prendre les mesures nécessaires pour limiter le plus possible la facturation de frais en plus du prix de journée (tels que les suppléments, les avances en faveur de tiers autorisés...) et surtout éviter les doubles facturations.

## **3°) Le problème du transport pour les « centres de soins de jour »**

Il est également intéressant de signaler que le recours aux « *centres de soins de jour* », est rendu compliqué pour de nombreuses personnes âgées qui ne peuvent y recourir faute de moyen de transport adapté, d'autant qu'aucun subside spécifique au transport n'est octroyé aux centres de soins de jour et qu'ainsi de nombreux centres de soins de jour doivent facturer ce coût supplémentaire à la personne âgée. Cette inaccessibilité des centres de soins de jour peut accélérer ou provoquer l'institutionnalisation de la personne âgée. Constatant cela, l'autorité fédérale, dans un désir d'optimiser le fonctionnement de ces centres et en accroître le nombre de bénéficiaires, a récemment soumis une proposition de financement aux Communautés et Régions prenant en compte un assistant social et un accompagnateur pour le transport.

### C) Une offre de soins de longue durée qui se spécialise

A coté des services spécifiques aux personnes âgées, la prise en compte des autres soins de longue durée se spécialise progressivement, que ce soit à l'intérieur du milieu hospitalier, dans des institutions spécialisées ou au domicile du patient.

En ce qui concerne les « **services offerts en milieu hospitalier** », il existe des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation, appelé « **Service Sp** », dans les spécialités suivantes : les traitements cardio-pulmonaires, neurologiques, locomoteurs, psychogériatriques, chroniques et palliatifs. Ces services peuvent, selon les cas, être établis à l'intérieur d'un hôpital général ou disposer de leur propre structure. Notons que pour les services Sp d'au moins 80 lits, comme c'est aussi le cas pour les services de gériatrie, un financement est prévu pour la fonction « *réfèrent hospitalier* » en vue d'assurer la continuité des soins. Celle-ci prend toutes les mesures nécessaires à la préparation d'un retour à domicile de qualité, et ce dès l'admission à

---

<sup>42</sup> Cette dépendance est actuellement évaluée via l'échelle de Katz.

<sup>43</sup> Rappelons que des aides financières spécifiques aux personnes âgées ou dépendantes à faible revenu, telles que la GRAPA (Garantie de Revenu Aux Personnes Agées) et l'APA (Allocation d'aides aux Personnes Agées), existent. Elles permettent de garantir à ces personnes âgées un revenu minimal qui, entre autres, peut les aider à recourir aux services résidentiels ou à domicile. De plus, si malgré tout, une personne âgée ne peut faire face au coût d'un hébergement résidentiel indispensable, le CPAS peut, sous certaines conditions, le prendre en charge.

l'hôpital ; elle élabore des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital et entre l'hôpital et les structures de première ligne.

En ce qui concerne les « **Services d'aides et de soins à domicile** », comme déjà dit au point A, différents mécanismes et structures ont également été mis en place pour venir en aide notamment aux personnes dépendantes, qu'elles soient âgées ou non. Il s'agit, par exemple, de services d'aide à domicile tels que : distribution de repas, nettoyage, aides familiales...etc.

Les soins infirmiers à domicile sont, eux, dispensés soit par des infirmières indépendantes, soit par des infirmières salariées d'un organisme privé ou public.

De même, en matière de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes en fin de vie, même si la mission palliative du milieu hospitalier a également été renforcée (via la fonction hospitalière palliative ou via les Sp palliatifs), une attention particulière est portée aux « **Soins palliatifs à domicile** » pour lesquels toute une série de mesures ont également été prise, notamment via la mise en place officielle en 1998 d'équipes d'accompagnement multidisciplinaires soutenant les soins palliatifs des patients en phase terminale qui veulent passer la dernière période de leur vie à domicile. L'accessibilité financière des soins palliatifs à domicile a également été facilitée par une série de mesures prises dans le cadre de l'assurance soins de santé (voir, entre autres, le « *Forfait soins palliatifs* » au 1<sup>o</sup> du point D ci-dessous)

Au niveau communautaire et régional, de nombreuses initiatives sont prises pour les soins palliatifs. Ainsi, la Région wallonne octroie des subventions destinées à couvrir les frais rencontrés par les associations actives dans le domaine des soins palliatifs pour les dépenses non prises en charge par l'INAMI. Il s'agit de services de première ligne développant des actions expérimentales dans ce domaine telles que les « Plates-formes de soins palliatifs » et la « Fédération wallonne des soins palliatifs ». En Flandre, la politique consiste notamment à stimuler les soins palliatifs à domicile en prenant un nombre de mesures à l'appui des soins informels. Un décret concernant les soins de première ligne et la coopération entre les prestataires de soins offre une base pour la reconnaissance de « réseaux palliatifs ».

Enfin, en ce qui concerne la « Santé Mentale », précisons qu'outre les services hospitaliers (service psychiatrique de l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique) destinés aux patients nécessitant des traitements actifs, des services ambulatoires appelés « **Services de santé mentale** » (SSM) se multiplient. Il s'agit de services qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services ou personnes concernées par la santé mentale<sup>44</sup>, assurent l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes. A coté de cela, il existe également des « **Maisons de soins psychiatriques** » (MSP), destinées à l'accueil de patients dont l'état est stabilisé et qui nécessitent principalement une aide aux actes de la vie quotidienne, et, des « **habitations protégées** », c'est-à-dire des services résidentiels permettant aux patients nécessitant une aide à la réinsertion sociale de vivre de la façon la plus autonome possible moyennant un certain accompagnement. De nombreuses autres initiatives existent en matière de « santé mentale ». Elles tentent d'apporter des solutions aux réels problèmes d'accessibilité et d'adéquation qui existent dans ce domaine complexe qu'est la santé mentale. Grâce à ces initiatives, dans le cadre de « projets thérapeutiques »<sup>45</sup>, les structures existantes (soins de première ligne (dont soins à domicile) mais aussi l'ensemble des services spécifiques à la santé mentale décrits ci-dessus) reçoivent les incitants nécessaires

---

<sup>44</sup> Certains Services de santé mentale ont développé des initiatives visant à rencontrer un problème de santé mentale spécifique dans les domaines de la toxicomanie, des auteurs d'infractions à caractère sexuel, des personnes âgées, des enfants et des adolescents.

<sup>45</sup> Ainsi, une déclaration commune du groupe de travail « Santé mentale » (Cfr section 4.3.1) se traduit, entre autres, par le développement de « projets thérapeutiques » transversaux qui verront le jour fin 2006.

pour collaborer de façon optimale autour de la santé mentale, l'objectif étant de garantir une continuité des soins. (Voir aussi 3° du point D ci-dessous)

#### D) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins de longue durée

##### **1°) Le coût des soins de longue durée :**

Plusieurs mécanismes existent pour prendre en compte la situation particulière des patients de longue durée qui font face à des coûts importants.

Tout d'abord, les patients de longue durée, bénéficient de remboursements privilégiés, dans le cadre du « BIM » et du « MAF » au niveau de l'assurance obligatoire soins de santé. (Voir [point C de la section 4.2.2.](#) et [point E de l'annexe 4.1.2.](#))

Ensuite, diverses autres mesures allègent les frais des malades de longue durée, citons :

- Les interventions ou forfaits visant des patients de longue durée en situation particulière. Citons le « forfait pour maladies chroniques », l'« intervention pour le matériel d'incontinence » et « le forfait soins palliatifs ». Dans chaque cas, sous certaines conditions, les patients peuvent bénéficier d'une intervention forfaitaire mensuelle ou annuelle en vue d'alléger la charge à laquelle ils sont confrontés ;
- *L'allocation pour l'aide de tierce personne* : la personne qui bénéficie d'une indemnité d'invalidité ayant une ou plusieurs personnes à charge et satisfaisant à certains critères peut prétendre à une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne. Cette allocation s'élève à 5,37 € par jour ;
- *L'allocation d'intégration* : octroyée par l'Etat fédéral aux personnes handicapées âgées de 21 ans au moins et de 65 ans au plus et pour lesquelles un manque d'autonomie ou une autonomie réduite a été établie. Notons que les personnes de plus de 65 ans souffrant d'une réduction ou d'un manque d'autonomie peuvent demander *l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)* ;
- Une réduction du ticket modérateur de 30% pour les visites à domicile pour les personnes âgées de plus de 75 ans et les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer en raison d'une maladie chronique si le patient a un dossier médical global ;
- La « *zorgverzekering* » de la Communauté flamande ; assurance soins instaurée en octobre 2001 en vue de renforcer l'aide aux personnes qui, quel que soit leur âge, sont affectées par une autonomie réduite prolongée et grave. Cette assurance<sup>46</sup> vise la prise en charge de frais pour prestations d'aide et de services non médicaux. L'intervention est mensuelle et forfaitaire : 95 € pour les soins de proximité et à domicile ; 125 € pour les soins résidentiels.

##### **2°) le problème de l'adéquation :**

Même si l'offre se spécialise, il reste des besoins précis non couverts pour certains groupes cibles ou plutôt qui ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique comme cela devrait être idéalement le cas.

Un problème est notamment posé par le fait que la Belgique ne dispose pas, hors hospitalisation, de prises en charges résidentielles spécifiques aux personnes souffrant de pathologie lourde entre la petite enfance et le troisième âge. C'est le cas par exemple en ce qui concerne les soins chroniques chez les personnes souffrant de « *lésions cérébrales non congénitales* » pour lesquels l'offre de structure de soins

---

<sup>46</sup> Financée d'une part par une dotation provenant du budget de cette Communauté et, d'autre part, par la perception de cotisations (de 10 à 25 €/par an) obligatoire pour les personnes de plus de 25 ans qui habitent dans la Région flamande.

adéquate est déficitaire, voire même inexistante, notamment dans le cadre d'une prise en charge de longue durée. Cependant depuis juillet 2004, un circuit de soins adapté pour les patients en état neurovégétatif persistant (ENVP) ou en état pauci-relationnel (EPR) a été mis en place<sup>47</sup> (voir [annexe 4.2. « Good practice »](#)). Ce réseau comprend 4 composantes : l'hôpital général pour la phase aiguë, une hospitalisation de transition dans un centre d'expertise, des soins adaptés de longue durée (institution ou domicile) et une coopération étroite (liaison externe) entre les centres d'expertise et le « long terme ». Le même type de démarche est actuellement à l'étude pour la prise en charge des autres maladies chroniques non congénitales du système nerveux.

### **3°) les problèmes d'accessibilité et d'adéquation propres à la santé mentale**

Force est de constater qu'il existe un écart important entre le nombre de personnes ayant besoin d'une prise en charge, ainsi qu'un traitement, pour leurs troubles mentaux ou psychiatriques et le nombre de personnes qui voient ce besoin satisfait.

Les problèmes d'adéquation sont liés à la complexité des souffrances mentales qui résultent souvent d'origines multiples : médicales, psychologiques, sociales. Dès lors il est important que l'offre des soins de santé mentale soit intégrée, multidisciplinaire et garantisse une grande continuité des soins. A cette fin, l'offre des soins de santé mentale s'articule de plus en plus autour de groupes cibles et selon le principe des réseaux (Principe reconnu par une déclaration commune du groupe de travail « santé mentale »). Pour chaque groupe cible (enfants, adultes et personnes âgées), il convient de définir une offre de soins ou un circuit de soins spécifiques. L'approche en réseau peut prendre différentes formes, mais dans tous les cas, il s'agit d'une forme organisée d'action collective unissant l'ensemble des prestataires de soins concernés, en vue d'améliorer la coordination, la complémentarité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité de leurs prestations et activités en faveur de l'utilisateur.

Les problèmes d'accessibilité sont évidents en matière de santé mentale. Des inégalités existent. La difficulté est double. D'une part, la pauvreté peut poser des problèmes en matière de santé mentale. D'autre part, des problèmes de santé mentale peuvent également être cause de pauvreté. Par ailleurs, les personnes d'origine étrangère font face à des troubles spécifiques liés aux nombreuses situations de précarités qu'ils rencontrent, principalement dans les grandes villes.

Les « *Services de Santé mentale* » (SSM) peuvent constituer des solutions intéressantes en matière de santé mentale. En effet, en dispensant, par l'intermédiaire de leur équipe pluridisciplinaire, des soins de santé intégrés, ils garantissent une certaine accessibilité géographique, financière, culturelle et psychologique, tout en développant une approche globale par la prise en compte des aspects psycho-médico-sociaux du patient.

Notons encore que des services visant à faciliter l'accès à l'aide en santé mentale pour les personnes exilées se développent, à Bruxelles principalement, mais aussi en Wallonie.

#### E) Les nécessaires collaborations entre ces divers services de soins de longue durée et de soins aux personnes âgées

Comme le démontre la création de nouvelles fonctions de liaison (interne et externe) en milieu hospitalier (cfr point A 2°), assurer un « continuum des soins » aux patients de longue durée (âgés ou non) est la priorité. Ce « continuum des soins » doit garantir une approche multidisciplinaire et intégrée des soins de longue durée et poursuivre

---

<sup>47</sup> Par le groupe de travail « Politique en matière de soins chroniques » (Cfr section 4.3.1)

comme objectif, dans la mesure du possible, le retour ou le maintien à domicile du patient. A cette fin, citons, entre autres :

- Le rôle du médecin généraliste (ainsi que du médecin coordinateur en MRS) doit être renforcé et vu comme maillon central indispensable ;
- Des « **Services Intégrés de Soins à Domicile** » (SISD)<sup>48</sup> doivent assurer l'évaluation de l'autonomie du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins, la répartition des tâches entre les dispensateurs de soins et la concertation multidisciplinaire y afférente. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, une concertation multidisciplinaire remboursable est possible pour la personne qui séjourne à domicile ou est admise dans une institution où un retour à domicile est planifié permettant par ex. de préparer le retour d'un patient âgé à son domicile après un séjour à l'hôpital.
- Une formation palliative spécifique au sein des maisons de repos a été créée.
- Le nouveau programme gériatrique (cfr B 1°) apporte certaines solutions à la fragmentation des soins pour les personnes âgées.

#### **4.3.3. Promouvoir la qualité des soins de long-terme**

Comme expliqué à la section 4.3.2., la manière traditionnelle pour arriver à des soins de qualité est d'imposer des "**normes de reconnaissance**". Concrètement, les établissements de soins font l'objet de normes d'*agrément* fixées par le Service Public Fédéral Santé publique et par les Communautés et Régions; ces dernières effectuent également le contrôle du respect des normes. L'octroi des forfaits aux MRS et aux MRPA, à charge du budget de l'assurance maladie invalidité, est subordonné au respect de ces normes. Le contrôle de qualité repose également sur différentes procédures auxquelles sont soumis les dispensateurs de soins médicaux, paramédicaux et autres (*agrément* et/ou *accréditation*).

En raison du vieillissement des travailleurs et à l'augmentation de la demande des services de soins (et d'accueil) de longue durée, principalement aux personnes âgées, on peut craindre une pénurie de prestataires de soins. Dès lors, pour maintenir la qualité, mais aussi dans un souci d'accessibilité, une attention particulière doit être accordée à l'attractivité des professions de santé, notamment en terme de conditions de travail et d'exercice.

Pour porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou pour se prévaloir de la **qualification professionnelle** particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, des critères d'*agrément* existent. Deux arrêtés ministériels sont actuellement en projet et fixeront ces critères. Ainsi, il est prévu que les praticiens de l'art infirmier doivent suivre 1 formation complémentaire en gériatrie comprenant 150 heures de théorie pour obtenir la qualification professionnelle d'infirmier ayant une expertise en gériatrie. A ces 150 heures de théorie, il faut ajouter 450 heures de pratique pour porter le titre professionnel d'infirmier spécialisé en gériatrie.

Comme pour les soins de santé, au niveau des soins de longue durée, il existe diverses méthodes d'évaluation par les pairs (« Peer review ») qui stimulent la qualité des prestations. Ainsi, un « **collège de médecins pour les services de gériatrie** » a été créé. Comme les autres collèges de médecins, il a diverses missions (Voir section

---

<sup>48</sup> Le service intégré des soins à domicile (S.I.S.D.) est défini comme l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines

4.2.3). Parmi celles-ci, mentionnons particulièrement la rédaction d'un rapport annuel national.

Notons également qu'assurer la qualité des soins aux personnes âgées, c'est surtout disposer de services qui répondent aux besoins réels de ces seniors. Il est donc primordial de disposer d'un instrument permettant l'évaluation des besoins en soins et l'élaboration du plan de soins requis. Depuis trois ans, une équipe universitaire effectue des recherches afin de trouver l'instrument le plus adéquat pour la Belgique. Cette étude s'est terminée en décembre 2005 et il ressort des conclusions de celle-ci que le « **RAI/MDS** » est l'outil qui répond le mieux aux critères fixés et offre une réelle plus-value quant au contrôle de la qualité des soins et la stimulation du travail collaboratif autour du patient. Une étude sur les possibilités de généralisation de l'utilisation de l'outil RAI/MDS dans les différents contextes de soins est actuellement en cours.

Dans chaque communauté/région, des initiatives sont prises afin d'augmenter la qualité des soins de longue durée.

Le gouvernement flamand insiste sur la nécessité de « soins sur mesure ». Ces soins, grâce à de bonnes structures de coopération, doivent être flexibles et adaptés aux besoins réels des patients.

En Région wallonne, une réflexion est en cours sur un modèle optimal d'intervention des services d'inspection en maisons de repos en vue d'améliorer la qualité de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées, notamment au travers du projet de vie institutionnel.

Enfin, notons qu'en Communauté germanophone, une « démarche de qualité » dans toutes les institutions MR-MRS a abouti à un concept d'accueil et de soins ancrant la MR-MRS comme un lieu de vie où la structure est au service des besoins individuels des personnes âgées. Dans le même ordre d'idées, une « charte de qualité » de soins fut développée, le concept de « médiateur » pour le secteur personnes âgées va être mis en place, et, une « commission éthique » (en tant que soutien des professionnels oeuvrant dans le secteur personnes âgées) sera créée fin 2006.

#### **4.3.4. Garantir la viabilité financière de soins de long terme accessibles et de qualité**

Etant donné que la plupart des services formels pour soins de longue durée sont incorporés dans le système existant de soins de santé, notamment via l'assurance obligatoire soins de santé, il n'y a pas de politiques, de soutenabilité financière du système, propres aux soins de longue durée. Nous renvoyons donc principalement le lecteur à la section 4.2.4.

Précisons cependant qu'en ce qui concerne les autres services de soins prestés aux malades de longues durées et aux personnes âgées, qui ne rentrent pas dans l'assurance obligatoire, la volonté de l'ensemble des autorités politiques est aussi que ces services soient le moins coûteux possible pour les utilisateurs et la collectivité ...tout en atteignant un haut niveau de qualité et en étant le plus accessible possible !

Enfin, comme signalé dans cette section 4.2.4, rappelons que les projections du CEV et du WGA distinguent l'évolution des soins aigus et les dépenses pour les soins de longue durée. En ce qui concerne ces dernières, elles s'élèvent à 0,9 du PIB de 2005 et le CEV s'attend à ce qu'elles atteignent 2,2% du PIB en 2050 alors que le WGA les estime à 1,9% du PIB en 2005.

Pour plus d'informations sur l'évolution des dépenses et leur projection, voir [annexe statistique 4.3.](#)

# **ANNEXES**



# **Annexe au chapitre I**

## **Introduction Générale**

### **(1.1.Situation sociale)**



## Annexe 1. Description et évaluation de la situation sociale

Les conditions d'une bonne protection sociale et d'une bonne insertion sociale sont un revenu suffisamment élevé, un emploi qualitativement valable, une formation adéquate, une bonne santé et un bon logement. Un système de protection sociale performant et tenable est nécessaire pour pouvoir garantir ces conditions pour tout le monde.

Dans une première partie, on examine dans quelle mesure les conditions citées sont réalisées aujourd'hui. La deuxième partie se concentre sur les performances et la durabilité du système de protection sociale, c'est-à-dire les règlements et les instruments qui doivent réaliser cette protection sociale et cette insertion sociale.

L'analyse s'effectue en se basant sur les indicateurs généraux communs convenus au niveau européen en ce qui concerne la méthode de coordination ouverte en matière de protection sociale et d'insertion sociale (voir la liste en annexe), complétés, là où c'est nécessaire, par des indicateurs nationaux.

### Annexe 1.1. Analyse de la situation sociale

#### 1. Un revenu suffisamment élevé <sup>49</sup>

Chacun doit disposer d'un revenu suffisamment élevé pour pouvoir participer pleinement à la vie en société. La politique a pour objectif que des personnes confrontées à un risque social puissent néanmoins maintenir d'une manière suffisante leur niveau de vie antérieur et que la pauvreté soit évitée.

#### **Inégalité générale des revenus**

La proportion des revenus **S80/S20** fournit une indication grossière de l'inégalité générale des revenus. En 2004 (revenus de 2003) le revenu total des 20 % les plus riches de la population belge est quatre fois plus élevé que celui des 20 % les plus pauvres. Cette proportion est inférieure à la moyenne de l'UE25 qui est de 4,8. Mesurée au moyen de cet indicateur, l'inégalité des revenus dans l'UE est la plus basse en Slovaquie (3,1) et la plus élevée au Portugal: 7,2.

#### **Risque de pauvreté**

Avec un **pourcentage de risque de pauvreté** de 15%, la Belgique se situait environ dans la moyenne de l'UE25 (16%)<sup>50</sup>. Pour la population de 16 ans et plus, ce pourcentage est de 14% (femmes 15%, hommes 13%). Le pourcentage le plus bas cité dans l'UE est celui de la Tchéquie (8 %). La Slovaquie, l'Irlande et le Portugal se partagent le pourcentage le plus élevé (21%). Le **seuil de risque de pauvreté** belge, pour une personne isolée, se situait à 9.325 euro par an ou 777 euro par mois (année/12). Dans une comparaison internationale (exprimé en parités de pouvoir d'achat) ce seuil est relativement élevé (septième dans l'ordre des 25 pays membres de l'UE).

<sup>49</sup> Sauf mention contraire, les chiffres belges relatifs au risque de pauvreté cités ici sont basés sur UE-SILC 2004 (revenus de référence : 2003).

<sup>50</sup> Mesures basées sur la méthodologie européenne convenue en commun. Le seuil du risque de pauvreté est égal à 60 % du revenu médian équivalent.

Une analyse des chiffres relatifs au risque de pauvreté démontre que certains sous-groupes de la société sont très exposés au risque de se retrouver en état de pauvreté.

La position sur le marché du travail, tant au niveau individuel qu'au niveau des ménages, constitue en cette matière un facteur explicatif important. En Belgique, il existe, sur le plan du risque de pauvreté, également en comparaison avec d'autres pays membres de l'UE, une très grande différence entre ceux qui travaillent (4%), les chômeurs (28%) et les autres inactifs (27%). Le risque de pauvreté très élevé supporté par la population dans les ménages sans travail rémunéré (ménages sans enfants : 30%, avec enfants : 70%) est particulièrement inquiétant.

L'importance d'une bonne formation pour l'obtention d'un bon niveau de vie est mise en évidence par le fait que les personnes disposant au plus d'un diplôme du niveau secondaire inférieur courent un risque de pauvreté trois fois plus grand que celles munies d'un diplôme de l'enseignement supérieur (23% contre 7%).

Les pourcentages de risque de pauvreté des enfants (0-15 ans) et des jeunes adultes (16-24 ans), respectivement de 17% et de 16%, sont très proches de ceux de la population dans l'ensemble ; cependant, un certain nombre de sous-groupes dont les ménages monoparentaux (36%) ou les ménages sans travail rémunéré avec enfants (70%) courent un risque de pauvreté fortement supérieur.

Les aînés (65+) présentent également un risque de pauvreté nettement accru (21%). Il n'y a pas de différences significatives entre les femmes (21%) et les hommes (20%)<sup>51</sup>.

Un autre groupe à haut risque de pauvreté est constitué par les personnes de nationalité non européenne (pourcentage de risque de pauvreté d'environ. 50%). Ici se situe un défi important sur les plans de la formation et de l'intégration dans le marché du travail.

La situation sur le plan des revenus de nombreux locataires est très précaire. Leur pourcentage de risque de pauvreté est plus que le double de celui des propriétaires (27% contre 11%). L'augmentation considérable des loyers et le coût de l'habitat en général sont particulièrement inquiétants (voir plus loin).

Il existe d'importantes différences entre les pourcentages de risque de pauvreté dans les différentes régions. Le chiffre pour la Région Flamande (11%) se situe nettement au-dessous de celui (18%) pour la Région Wallonne. Malgré l'imprécision de l'évaluation effectuée pour Bruxelles on peut affirmer que la Région de Bruxelles-Capitale est celle dont le pourcentage de risque de pauvreté est le plus élevé (27%). Les différences entre les Régions Flamande et Wallonne se situent surtout au niveau des jeunes : enfants, adolescents, jeunes adultes et personnes d'âge actif de moins de 55 ans.

Quant à l'intensité du risque de pauvreté, telle que mesurée à l'aide de la **césure médiane relative du risque de pauvreté**, la Belgique se situe, avec 23 %, près de la moyenne de l'UE (22 %). La césure médiane relative du risque de pauvreté est la césure entre le revenu médian des personnes confrontées au risque de pauvreté et la limite du risque de pauvreté, exprimé en pourcentage de cette limite. L'intensité médiane du risque de pauvreté est la plus grande pendant l'âge actif (16-64) : 24% et la plus basse à un âge plus avancé : 65+ : 18% et 75+ : 15%.

---

<sup>51</sup> Lorsque ce texte se réfère à des éléments d'ordre statistique, il y a lieu de tenir compte d'un degré de fiabilité de 95 %.

Chez les enfants (0-15) la césure atteint 23%. Pour la population de 16 ans et plus, la césure médiane du risque de pauvreté est un peu plus importante chez les hommes que chez les femmes : 24 contre 21. La césure est comparable dans les trois régions.

Il faut noter que la situation en matière de revenus de certains groupes de la population est difficile à évaluer au moyen d'indicateurs quantitatifs. Souvent il s'agit de gens qui se trouvent dans des situations d'extrême pauvreté, comme les SDF et les illégaux. A l'heure actuelle, ces cas ne font pas l'objet de l'ensemble d'indicateurs disponibles. D'ailleurs, ces indicateurs ne concernent le plus souvent que la population dans des ménages privés.

### **Le niveau de vie des personnes âgées**

Dans le cadre de la politique en matière de pensions, il est utile de s'attarder aux revenus des retraités. Les pensions ne doivent pas uniquement prévenir la pauvreté chez les personnes âgées retraitées, elles doivent également permettre à ces personnes de maintenir le niveau de vie dont elles bénéficiaient pendant leur carrière professionnelle.

Comme il a été mentionné plus haut, le **risque de pauvreté des personnes âgées** (65 ans et plus) se situait en 2004 (revenus de 2003) au-dessus de la moyenne de l'ensemble de la population. Comparées au groupe d'âge complémentaire plus jeune (0-64 ans), les personnes âgées courent un risque de pauvreté 1,5 fois plus élevé (21% contre 14%). Le risque de pauvreté des personnes âgées se situe en Belgique au-dessus de la moyenne européenne (18%) ; la Belgique est un des quinze pays membres où les aînés sont relativement plus confrontés au risque de pauvreté que les plus jeunes. Le risque de pauvreté des personnes de 75 ans et plus est, en Belgique, identique à celui du groupe d'âge plus large de 65 ans et plus.

Même si le pourcentage des personnes à risque de pauvreté dans le groupe d'âge plus avancé (65+) est plus grand que dans les groupes d'âge plus jeunes, l'intensité du risque de pauvreté dans ce groupe est plus faible, comme d'ailleurs dans tous les pays membres de l'UE (voir plus haut).

Les personnes âgées courent un risque de pauvreté, tant lorsqu'elles vivent seules (23%) qu'en couple (20 %). Bien qu'on ne puisse déceler des différences significatives entre hommes et femmes au niveau de la population totale, il est clair que les femmes âgées isolées sont plus touchées par le risque de pauvreté que les hommes âgés isolés (24% contre 19%). Dans la population de 75 ans et plus, la différence entre femmes âgées isolées et hommes âgés isolés est encore plus importante (25% contre 16%).

Les différences entre femmes et hommes se confirment lorsqu'on analyse les données administratives relatives aux personnes ayant droit au revenu garanti pour les personnes âgées. Le nombre de femmes recevant cette allocation sociale, basée sur une enquête sur les moyens d'existence, est nettement supérieur au nombre d'hommes. En janvier 2006, il s'agissait de 48.195 femmes contre 21.894 hommes. Plus des deux tiers sont donc des femmes.

Les différences entre femmes et hommes en matière de pensions trouvent leur origine dans des différences de comportement sur le marché de l'emploi. Les femmes sont souvent absentes du marché de l'emploi pendant des périodes plus longues ; elles travaillent plus souvent à temps partiel et perçoivent souvent des salaires plus bas.

Le phénomène que des différences significatives quant au niveau des pensions ne soient pas détectables immédiatement dans les chiffres généraux sur le risque de

pauvreté chez es personne âgées peut s'expliquer par le fait que le risque de pauvreté est évalué sur la base du revenu total du ménage<sup>52</sup>. Combinés à d'autres revenus plus élevés, les bas revenus d'un membre du ménage peuvent contribuer à un niveau de vie plus élevé. Il faut rappeler également que les chiffres sur le risque de pauvreté ne concernent que la population des ménages privés. La population âgée vivant dans des institutions, où les femmes sont surreprésentées, n'est pas prise en considération. En 2001, environ 6% de la population de 65 ans et plus étaient domiciliés dans un ménage collectif (8% des femmes et 3% des hommes). Pour le sous-groupe de 75 ans et plus, le pourcentage correspondant s'élevait à 12% (15% des femmes et 6% des hommes).

**L'inégalité des revenus** dans la population de 65 ans et plus, mesurée à l'aide de l'indicateur proportionnel (S80/S20) est plus petite en Belgique que celle de la population des groupes d'âge complémentaires plus jeunes. Pris dans leur ensemble, les 20% les plus riches des personnes âgées disposent d'un revenu 3,4 fois élevé que les 20 % les plus pauvres. Dans la population de 0 à 64 ans, ce rapport est de 4,1. Dans le contexte européen, la Belgique, avec ses 3,4 %, occupe une position moyenne. L'inégalité des revenus chez les personnes âgées est la plus élevée au Portugal: 6,5, et la plus petite en Hongrie: 2,5.

Le **rapport médian relatif des revenus**, c'est à dire le rapport entre le revenu médian relatif équivalent de la population de 65 ans et plus et le revenu médian relatif équivalent de la population des groupes d'âge complémentaires plus jeunes (de 0 à 64 ans) atteint en Belgique 76%. Dans une perspective comparative européenne, il s'agit d'un chiffre relativement bas. La moyenne de l'UE25 est de 87 %. Le rapport le plus bas a été noté en Irlande, 62%, le plus élevé en Pologne: 113%. Il n'y a de différence significative entre les hommes et les femmes en Belgique.

## **2. Un emploi de qualité**

Un emploi de qualité et une source de revenus menant à de meilleures conditions de vie, mais il peut également promouvoir la participation sociale et permettre aux gens de réaliser pleinement leur potentiel. Même si le travail réduit sensiblement le risque de pauvreté, le revenu provenant d'un emploi rémunéré n'est pas toujours suffisant pour tirer les gens de la pauvreté. Un degré d'activité suffisant est nécessaire pour garantir la viabilité du système de protection sociale. Pour assurer la disponibilité d'emplois, une surface économique forte est requise. La stratégie belge relative au développement économique et à l'emploi et décrite dans le Plan National Belge de Réformes.

### **Taux d'activité, d'emploi et de chômage**

Dans le cadre du vieillissement de la société (voir plus loin), il importe d'augmenter le taux d'activité. Cet indicateur, qui fournit la quote-part des travailleurs et des chômeurs dans la population de 15 à 64 ans, mesure la participation générale au marché de l'emploi<sup>53</sup>. Le **taux d'activité** belge peut être qualifié de bas dans une perspective comparative européenne : 66,7% en 2005 (femmes: 59,5%, hommes 73,9%), contre une moyenne européenne (UE25) de 70,2% (femmes: 62,5%, hommes 77,8%). Pour le groupe d'âge actif (25-54 ans), le taux d'activité est comparable à la moyenne de l'UE25 ; pour les groupes d'âge plus jeunes et plus vieux

---

<sup>52</sup> Lors de la mesure de la pauvreté, on additionne tous les revenus et les divise le total en parties égales entre les membres du ménage.

<sup>53</sup> Idéalement, il faudrait, dans un cadre d'activation plus large, développer un indicateur prenant en compte es activités sociales utiles mais non rémunérées (p.ex. le volontariat de soins)..

il est nettement plus bas. Il est question d'une tendance à l'augmentation du taux d'activité de 60,6% en 1992 à 66,7% en 2005.

Le développement du taux d'activité dépend principalement de la croissance économique. Après une **croissance réelle du PIB** stable et substantielle à la fin des années 1990, la Belgique a connu un important ralentissement de la croissance au début des années 2000. Ce n'est qu'en 2004 qu'on a enregistré une croissance marquée (2,6 %). Après une nouvelle période de faible croissance au second semestre de 2004 et au premier semestre de 2005, l'activité économique devrait, comme dans la plupart des pays européens, redémarrer pour atteindre des chiffres de croissance supérieurs à 2 % en 2006. La Commission européenne s'attend à un taux de croissance réel de 2,3 % pour 2006 et de 2,1 % pour 2007.

Parallèlement à l'affaiblissement de l'activité économique, le volume total de la population active a légèrement diminué en 2002 (-0,2%) et en 2003 (-0,1%), mais il s'est à nouveau accru en 2004 (+0,6%) et en 2005 (+0,9%). Le **taux d'emploi** belge se montait en 2005 à 61,1% (femmes: 53,8 %, hommes 68,3%) et se situe ainsi à un niveau inférieur à la moyenne de l'UE25 qui est de 63,8% (femmes: 56,3 %, hommes 71,3%). Comme pour le taux d'activité, les différences par rapport à la moyenne européenne ne se situent pas dans la population de 25 à 54 ans où le taux d'activité, avec 78,3%, dépasse même la moyenne européenne (77,2%), mais plutôt chez les plus jeunes (15 à 24 ans) et les plus âgés (55 à 64 ans). Avec un taux de 27,5 %, le taux d'activité des jeunes se situe nettement au-dessous de la moyenne européenne de 36,8%. Celui des plus âgés (55 à 64 ans) reste comparativement bas à 31,8% (moyenne UE 25 : 42,5%). Sur une plus longue période, il est néanmoins question d'une tendance nette à la hausse. En 1992, le taux d'activité se situait encore à 56,3%. Il y a donc une progression de 5 points de pourcentage (ppt). L'augmentation du taux d'activité se situe principalement chez les femmes de 25 à 54 ans (+ 12 ppt de : de 58,1% en 1992 à 70,4% en 2005), et pour les deux sexes dans le groupe d'âge de 55 à 65 ans : de 22,2% en 1992 à 31,8% en 2005 (femmes: + 11 ppt en hommes + 8 ppt).

Il faudra encore de grands efforts pour atteindre les objectifs européens proposés quant au taux d'activité (70% pour le taux d'activité pour les deux sexes, 60 % pour celui de femmes et 50 % pour les travailleurs âgés). La stratégie à ce propos est exposée dans le Programme national belge de réforme<sup>54</sup>.

Il y a lieu de tenir compte du fait que la participation croissante des femmes au marché de l'emploi comporte des conséquences quant aux soins informels dans les ménages. Il y a une demande de soins formels pour les enfants, les personnes handicapées ou souffrant de problèmes de santé de longue durée ou des personnes âgées nécessitant beaucoup de soins.

Les résultats de l'Enquête sur les forces du travail démontrent que le **travail à temps partiel** est en augmentation en Belgique. En 1995, 15,4% des salariés travaillaient à temps partiel. En 2005 il s'agissait de 24,1%. Le travail à temps partiel est très inégalement partagé entre hommes et femmes. En 2005, 43,5% des femmes travaillaient à temps partiel, contre 8,1 % des hommes.

Le **taux de chômage** belge a connu en 2001, avec 6,6%, un minimum provisoire pour s'accroître ensuite jusqu'à 8,4% en 2005 (femmes 9,5%, hommes: 7,6%). Le chiffre de l'UE25 s'élève à 8,7 (femmes : 9,8, hommes : 7,9). La Commission

---

<sup>54</sup> Dans le cadre du Programme national belge de réforme, on constate que l'accroissement récent du taux d'activité total et de celui des femmes en Belgique se déroule un peu plus vite que la moyenne UE et que l'accroissement du taux d'activité des plus âgés est nettement plus rapide.

européenne s'attend à une baisse vers 8% en 2006 et 7,6% en 2007. L'accroissement sensible du **chômage des jeunes** de 15 à 24 ans est inquiétant : de 16,8% en 2001 à 21,5% en 2005. L'augmentation était la plus importante chez les hommes : de 14,5% en 2001 à 21% en 2005. Chez les femmes on a constaté une augmentation de 19,5% à 22,1%. Des chiffres récents relatifs au chômage des jeunes indiquent une stabilisation ou un léger recul.

Il est important de constater qu'il existe non seulement de grandes différences sur le point des taux de chômage et d'activité en fonction de l'âge et du sexe, mais également entre d'autres sous groupes de la société. Du point de vue de la protection sociale, le bas taux d'activité et le taux de chômage élevé des allochtones, des personnes à bas niveau de formation et des handicapés sont inquiétants.

Le taux d'activité de personnes ne disposant pas d'une nationalité UE15 se situait en 2004 à 26 ppt au-dessous des citoyens UE15 (20 ppt pour les hommes, 30 ppt pour les femmes). La différence était à peine plus petite qu'au cours de la période 2001-2003, alors qu'elle atteignait environ 28 ppt. En prenant comme critère l'origine ethnique plutôt que la nationalité, la différence serait encore plus importante<sup>55</sup>.

Le taux d'activité de personnes ne disposant tout au plus d'un diplôme de l'enseignement secondaire du degré inférieur se situait en 2004 à 20 ppt au-dessous de celui de la population totale (17 ppt pour les hommes, 23 ppt pour les femmes). Ce chiffre était de 18 ppt en 2002-2003.

En 2002, le taux d'activité des personnes handicapées se situait à 17 ppt au-dessous de celui de la population totale (environ à parts égales pour les hommes et les femmes).

### **Chômage de longue durée, familles sans travail rémunéré, concentration géographique de l'activité réduite et du chômage élevé**

Le manque d'un emploi rémunéré devient d'autant plus problématique lorsqu'il est de longue durée, lorsque personne dans le ménage ne dispose de travail ou lorsque les taux de chômage et d'inactivité présentent une forte concentration géographique.

**Le chômage de longue durée** (un an et plus) est très problématique du point de vue de l'insertion sociale. Il ne s'agit pas seulement de la perte de revenus pendant une longue période mais également du fait que le chômage de longue durée mène à la perte de connaissances professionnelles et peut ainsi diminuer le respect de soi, alors qu'on en a grand besoin pour retrouver un emploi. En 2005, le degré de chômage de longue durée atteignait 4,4 % en Belgique 5% pour les femmes et 3,8% pour les hommes. En cette année-là, la moyenne de l'UE25 était de 3,9% (4,5% pour les femmes et 3,5% pour les hommes). On parle en Belgique d'une tendance à la hausse, depuis 2002, année pendant laquelle 3,6% de la population active était en chômage de longue durée. Les isolés (8%), les personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement moyen inférieur tout au plus (8%) et surtout les parents seuls (14%) ainsi que ceux qui n'ont pas une nationalité UE25 (20%) présentent un risque de chômage de longue durée fortement accru. Avec 6,2 %, le chômage de longue durée est plus fréquent chez les jeunes de 15 à 24 que dans les groupes d'âge plus avancés de 25 à 49 ans (4,4%) et de 50 à 64 ans (6,2%).

---

<sup>55</sup> La distinction entre populations autochtones et allochtones peut être opérée de différentes façons. Au niveau européen on utilise les critères de la nationalité et du pays natal. L'office du travail flamand (VDAB) utilise le critère de la nationalité combiné avec celui du nom et des déclarations de l'intéressé pour en arriver à une classification sur base ethnique. Le pourcentage de non européens ethniques parmi les demandeurs d'emploi sans travail est en croissance pour la période 1999-2006.

La situation sur le plan des revenus de la population dans les **ménages sans emploi rémunéré** est particulièrement inquiétante. Vivre dans un ménage sans emploi rémunéré peut également avoir des effets néfastes pour les prestations futures des enfants, tant à l'école que sur le marché de l'emploi. Ici se situe un objectif important pour la politique en matière d'emploi. La quote-part de personnes adultes (18 à 59 ans) vivant dans un ménage sans emploi rémunéré s'élevait en Belgique, en 2005, au plus haut niveau de tous les pays de l'UE à un seul près (14%, 12% pour les hommes et 15% pour les femmes). La moyenne de l'UE25 était de 10%. 13% des enfants (jusqu'à 17 ans) vivaient dans un ménage sans emploi rémunéré (moyenne EU 9,6%). Ce pourcentage reste quasiment stable dans le temps, malgré le taux d'emploi accru des femmes (concentration du travail rémunéré au niveau du ménage). 69% de la population adulte d'âge actif vivait dans un ménage sans enfants (31% d'isolés, 24% vivant en couple et 14% vivant dans un autre type de ménage), 31% vivaient dans un ménage avec enfants (13% dans une famille monoparentale, 13% vivant en couple, 6% vivant dans un autre type de ménage). 56% des enfants de ménages sans emploi rémunéré vivaient dans une famille monoparentale.

La concentration géographique des taux d'activité bas et des taux de chômage élevés pose un problème particulier. Les différences en matière de taux d'activité entre les provinces (niveau NUTS 2) sont mesurées à l'aide de l'**indicateur régional de cohésion** : c'est le coefficient de variation des degrés d'activité<sup>56</sup>. Avec 8,7, cet indicateur a atteint son niveau le plus élevé depuis 1999 (première mesure) en 2004. Il existe des différences plus importantes entre les taux d'activité par province en ce qui concerne les femmes (10,7) qu'en ce qui concerne les hommes (7,2). De même, lorsqu'on compare les chiffres au niveau des régions, on observe d'importantes différences sur le plan des taux d'activité et de chômage.

### **Risque de pauvreté même pour les personnes exerçant un emploi**

Si l'exercice d'un emploi rémunéré constitue le facteur le plus déterminant permettant d'échapper à la pauvreté, le fait de disposer d'un tel emploi n'exclut pas pour autant tout risque de pauvreté. En Belgique, **4% des travailleurs (salariés + indépendants)** ont été confrontés en 2004 à **un risque de pauvreté**. Comparé à celui enregistré dans les autres pays européens, il s'agit là d'un bon score. La moyenne UE-25 était de 9%. Compte tenu de l'ampleur du groupe des travailleurs, cela signifie pourtant que 14% des personnes confrontées à un risque de pauvreté exercent un emploi. En l'occurrence, le risque de pauvreté peut être lié à la durée du travail (travail à temps partiel ou irrégulier), à un bas salaire ou à des charges familiales importantes. A cet égard, les familles monoparentales, les familles nombreuses et les non-ressortissants UE-25 constituent des groupes vulnérables. Les personnes travaillant dans le cadre d'un contrat à durée déterminée et, en particulier, les personnes travaillant à temps partiel sont exposées à un risque de pauvreté accru.

### **3. Une bonne formation**

L'accès au travail, la situation en matière de revenus, la santé, les chances en matière d'intégration sociale et de participation constituent autant de facteurs liés au niveau de formation. Au sein d'une société dans laquelle la formation est de plus en plus déterminante pour la position sur l'échelle sociale, ceux qui n'ont bénéficié que d'une formation de faible niveau se retrouvent souvent exclus. L'attention a déjà été attirée ci-dessus sur le fait qu'un niveau de formation peu élevé est synonyme de faible taux

---

<sup>56</sup> Définition: écart standard des taux d'emploi van au niveau NUTS 2 (en Belgique: provinces) divisé par la moyenne nationale pondérée.



d'emploi et de risque de pauvreté accru. Des forces de travail bien formées sont indispensables à la croissance économique.

La formation initiale, en particulier, revêt une importance capitale. En 2005, le nombre de jeunes en **décrochage scolaire précoce** (jeunes âgés de 18 à 24 ans ne suivant aucune formation et n'ayant pas achevé l'enseignement secondaire) était, en Belgique, de 13% (filles : 11% et garçons : 15%), la moyenne UE25 étant de 15% (filles : 13% et garçons : 17%). Aucune tendance systématique à la baisse - l'objectif fixé étant de ramener ce pourcentage à 10% - ne peut être dégagée à l'horizon 2010. On observe d'importantes différences entre les régions : 11% en Région flamande, 16% en Région wallonne et 19% en Région de Bruxelles-Capitale. L'enquête sur les forces du travail réalisée en 2000 a mis en évidence que les enfants de parents titulaires d'un diplôme ne dépassant pas le niveau secondaire inférieur sont exposés à un risque presque neuf fois plus élevé de quitter prématurément l'école que les enfants de parents ayant suivi un enseignement supérieur.

Les **résultats en matière de formation des étudiants âgés de 15 ans** sont mesurés selon une méthode permettant des comparaisons internationale dans le cadre de l'enquête **PISA** de l'OCDE. L'un des indicateurs reflète le pourcentage d'étudiants ayant obtenu le score le moins élevé (niveau 1 ou inférieur sur une échelle comptant cinq niveaux) à un **test de lecture**. L'obtention de ce faible score n'indique pas nécessairement que l'on soit illettré mais implique toutefois que l'on connaît de sérieux problèmes lorsque l'on est confronté à des informations écrites et à tout processus d'apprentissage basé sur l'écrit. Ces étudiants ne pourront vraisemblablement pas utiliser de manière optimale les chances de formation qui leur sont offertes, ce qui hypothèque leur futur parcours de formation ou carrière professionnelle. Avec 17,8%, la Belgique réalise, pour 2003, un meilleur score par rapport à la moyenne européenne (19,8%). En 2000, ce score était de 19,0% (pour une moyenne européenne pondérée de 19,4%). Le chiffre relatif à la Belgique marque des disparités entre les communautés (Communauté flamande : 12,4%, Communauté française : 25,1% et Communauté germanophone : 20,1%) et les moyennes générales des communautés masquent à leur tour une importante disparité des résultats (des scores excellents côtoyant de très mauvais résultats). Les enfants de parents ayant un statut socioprofessionnel élevé (quartile supérieur) réalisent des scores en moyenne beaucoup plus élevés que les enfants de parents ayant un statut socioprofessionnel faible (quartile inférieur). Les disparités des scores varient d'une communauté à l'autre mais est importante pour l'ensemble des communautés. Une étude récente de l'OCDE, basée sur l'étude PISA, met en évidence d'importantes disparités de prestations entre élèves en fonction de leur statut migratoire, les enfants autochtones réalisant des scores nettement meilleurs que les enfants allochtones (de la première et de la deuxième génération).

Compte tenu des développements rapides au sein de la société et de l'économie, la formation continuée, après la formation initiale, revêt une importance de plus en plus grande (**formation tout au long de la vie**). Depuis le début des années 90, on observe en Belgique une nette augmentation de la participation aux formations dans le cadre de l'apprentissage tout au long de la vie. Avec un score de 10 %, la Belgique occupe en 2005 une place légèrement inférieure à la moyenne UE25 (10,8%). Les différences entre hommes et femmes sont négligeables. Comme c'est le cas dans d'autres pays, le taux de participation au processus d'apprentissage tout au long de la vie est plus élevé chez les personnes ayant bénéficié d'une formation élevée que chez ceux n'ayant qu'un faible niveau de formation (En 2004 : 3% des personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, 16% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur). L'âge constitue également un facteur important. Les travailleurs âgés et ayant généralement un faible niveau de formation semblent participer moins à la formation.

#### **4. Une bonne santé**

La possibilité de vivre longtemps en bonne santé constitue un élément essentiel du bien-être. La politique de protection sociale doit contribuer à ce que tous les groupes au sein de la société y aient accès sur base aussi égale que possible.

**L'espérance de vie**, c'est à dire l'âge que l'on peut, lors de la naissance, espérer atteindre, est un des indicateurs les plus utilisés pour donner une idée de l'état de santé général d'une population. Elle est déterminée par un grand nombre de facteurs, dont le bien-être en général, l'hygiène de vie et la qualité des soins de santé. Tout comme dans la plupart des autres pays de l'UE, l'espérance de vie en Belgique s'est accrue continuellement dans le courant des décennies écoulées. En 2004, elle atteignait 82,4 pour les femmes et 72,7 pour les hommes (soit une différence de 6,7 ans en faveur des femmes). En comparant les chiffres pour 2003 (femmes 81,7 et hommes 75,9) avec ceux des autres pays membres de l'UE, il apparaît que l'espérance de vie en Belgique est relativement élevée. Les meilleurs résultats ont été constatés en Suède (femmes: 82,5, hommes: 77,9), les plus mauvais en Lettonie (femmes: 75,9, hommes: 65,7).

Il est important de vérifier quelle partie de **l'espérance de vie** se déroule **en bonne santé**, afin de ne pas se faire uniquement une idée de la longueur, mais également de la qualité de la vie. L'espérance de vie en bonne santé est également importante dans le cadre des stratégies d'« active ageing » (vieillesse active) visant une vie active plus longue pour les aînés. Des personnes âgées en bonne santé peuvent fournir une contribution importante à leur famille, à la communauté dans laquelle elles vivent et à l'économie, soit en continuant une activité dans la vie professionnelle, soit en développant des activités informelles telles que la garde des enfants, des malades, des personnes âgées. Il a été démontré qu'il existe un rapport entre la santé, la croissance économique et le bien-être social.

Récemment, les attentes en matière de santé ont été calculées en se basant sur les données relatives à la mortalité de l'INS et les questions concernant l'état de santé ont été reprises dans l'enquête socio-économique de 2001<sup>57</sup>. L'état de santé a été évalué en se basant sur une question posée au sujet de l'état de santé subjectif général : quel est votre état de santé général ? Les maladies chroniques ont été constatées en se basant sur la question : souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps ?

Pour les femmes, l'espérance de vie était de 81,7 ans à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé de 59,5 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 63,4 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie était de 75,4 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 58 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 59,7 ans. Les femmes disposent donc d'une espérance de vie de 6 ans plus longue que les hommes, mais leurs attentes subjectives en matière de santé ne dépassent celles des hommes que de 1,5 ans et elles peuvent s'attendre à vivre 2,9 ans de plus que les hommes avec une maladie chronique.

A 65 ans, pour les femmes, l'espérance de vie était de 20,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 7 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 10,1 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans était, en 2001, de 16,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 6,6 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 8,6 ans.

---

<sup>57</sup> Van Oyen, H. Bossuyt, N.Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S.Lorant, V. Miermans PJ. Composite Health measures in Belgium based on the 2001 census, 32p (unpublished).

On peut se poser la question si l'accroissement de l'espérance de vie au fil du temps ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre d'années passées en mauvaise santé (compression, stabilité ou expansion de la mauvaise santé). Cette question est également importante lorsqu'il s'agit d'établir des projections relatives au coût du vieillissement.

Une évaluation à trois moments (1997, 2001 et 2004), utilisant à chaque fois l'Enquête Santé pour mesurer l'état de santé (subjectif), confirme la théorie de la compression (l'accroissement de l'espérance de vie va de pair avec une compression des années passées avec une maladie chronique)<sup>58</sup>. Au cours de la période 1997-2004, l'espérance de vie des hommes s'est accrue de 1,82 ans, alors que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 3,35 ans. Pour les femmes, l'espérance de vie s'est accrue de 1,29 ans, tandis que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 2,47 ans.

**Chiffres alternatifs concernant l'espérance de vie en bonne santé, basés sur l'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité'**

L'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité' (disability free life expectancy) est disponible pour la période 1995-2003. L'indice est calculé sur base d'une enquête (ECHP) relative aux limitations des activités quotidiennes dues à une maladie ou à un handicap<sup>59</sup>. Pendant la période sous revue, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue, pour les femmes, de 1,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 2,8 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie s'est accrue, au cours de la même période, de 2,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 4,1 ans. L'accroissement des deux indices est donc plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2003, les femmes pouvaient s'attendre à passer 84,7% de leur vie sans invalidité (contre 82,8 en 1995), les hommes à 88,8% (contre 86,2% en 1995). Dans le contexte européen, la Belgique atteint une bonne cote, que les tendances récentes confirment.

Pendant la même période de référence, l'espérance de vie sans invalidité à 65 ans semble progresser, tant chez les femmes que chez les hommes, d'une manière plus lente que leur espérance de vie (femmes: espérance de vie +0,8, espérance de vie sans invalidité +0,7; hommes: espérance de vie +1,9, espérance de vie sans invalidité +1,3. Ici aussi, il y a progression pour les deux groupes, mais plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Il y a de nettes différences par région : l'espérance de vie et l'espérance-santé à la naissance sont les plus basses en Région Wallonne et les plus élevées en Région Flamande.

Il y a quelques années, on a calculé **l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau d'éducation**. En se basant sur une combinaison de données en provenance de la banque de la mortalité nationale, un suivi durant 5 ans du recensement de 1991, et de l'Enquête Santé de 1997. On a pu en conclure qu'en Belgique les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé (pas de diplôme ou enseignement primaire seulement) ne vivent pas seulement moins longtemps (femmes : 2,8 ans; hommes 5,2 ans), mais vivent également moins

<sup>58</sup> Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. Reves 2006. 14 p.

<sup>59</sup> ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? (2002 et 2003 sont des extrapolations)

longtemps en bonne santé (femmes : 14,5 ans; hommes 15,5 ans) que ceux ayant bénéficié d'une éducation plus avancée (diplômés de l'enseignement supérieur).

Plus le niveau d'instruction est élevé, meilleur est l'accès aux informations en matière de santé et mieux on est préparé pour mettre ces connaissances en pratique. D'autre part, le niveau d'instruction contribue à déterminer la position sur le marché du travail et la satisfaction professionnelle et donc, indirectement, l'état de santé. Il existe également un lien évident entre la position socio-économique et le style de vie.

En comparaison avec les douze autres pays membres de l'UE pour lesquels des données UE-SILC ont été collectées en 2004, le pourcentage des personnes de 16 ans et plus qui déclarent, en Belgique, **avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, d'un examen ou d'un traitement médical mais ne pas l'avoir reçu** reste limité à 1,8%. Ce pourcentage est plus élevé lorsqu'il s'agit d'examen dentaires, où il s'approche des 4%. La Belgique se situe, sur ce point, parmi les meilleurs pays membres. Il n'y a pas de différences marquées entre hommes et femmes. Ce sont le groupe d'âge entre 45 et 54 ans, les isolés et les familles monoparentales qui sont les plus vulnérables, de même que les chômeurs dont 10 % ont raté des soins médicaux et 23 % des soins dentaires. Quant aux examens et aux soins dentaires, on constate une nette différence en fonction du niveau d'éducation : 30% des personnes ne disposant tout au plus que d'un diplôme de l'enseignement primaire ont dû renoncer à un traitement dentaire, contre un peu plus de 10 % des titulaires d'un diplôme post-secondaire. Parmi les raisons de la non satisfaction des besoins en examens et traitements médicaux, les considérations financières dominent (plus de 60 %). Quant aux soins dentaires, les considérations financières sont également importantes (45%), mais d'autres raisons jouent également un rôle (peur du dentiste, manque de temps...) <sup>60</sup>.

## **5. Un logement de qualité**

Tout le monde n'accède pas avec la même facilité à un logement de qualité à un prix abordable. A cet égard, on a déjà évoqué la position de revenus plus faible des locataires par rapport aux bailleurs (pourcentage de risque de pauvreté dans la population vivant dans un logement loué : 27 %, par rapport à 11 % pour la population occupant un logement dont on est propriétaire). Des études ont mis en évidence **une augmentation importante du coût du logement** au cours des années '90. Ce phénomène touche particulièrement les catégories sociales les plus faibles qui louent un logement sur le marché privé et qui se sont souvent retrouvées dans la situation de consacrer une part très importante du budget familial au logement <sup>61</sup>. En 2003, 33 % des locataires percevant un revenu inférieur au revenu

---

<sup>60</sup> Dans le cadre de l'Enquête Santé belge, l'évaluation des besoins en soins de santé non satisfaits se déroule d'une manière différente que dans le cadre de l'UE-SILC. Ainsi, dans le cas de l'UE-SILC, on interroge des personnes individuelles, alors que lors de l'Enquête Santé c'est la personne de référence qui répond pour le ménage. Dans l'UE-SILC on interroge sur les besoins non satisfaits en matière d'examen ou de traitements médicaux ou dentaires; dans l'Enquête Santé on interroge séparément sur les sortes suivantes de soins de santé : soins médicaux et opérations, soins dentaires, médicaments prescrits, lunettes, soins mentaux (psychologue ou psychiatre p.ex.). Dans ce contexte, un ménage qui a dû reporter sa consommation médicale est donc un ménage qui a dû reporter au moins un de ces cinq types de soins. En se basant sur l'Enquête Santé de 2004, on peut constater que 10 % des ménages ont dû remettre des soins. Dans l'UE-SILC il s'agit de besoins non satisfaits pour des raisons diverses. Dans l'Enquête Santé, on vise uniquement la remise à plus tard ou à jamais pour des motifs financiers.

<sup>61</sup> En l'absence d'une alternative adéquate, l'indicateur NAPIncl relatif au coût du logement est calculé sur la base de l'enquête concernant le budget du ménage, ce qui, compte tenu de l'ampleur limitée et des déchets importants de ladite enquête, ne constitue pas une situation idéale permettant d'émettre des considérations fiables sur les évolutions ou les catégories à risques.

moyen ont consacré plus d'un tiers du budget du ménage au paiement du loyer. Ce pourcentage est d'un niveau analogue à celui observé lors des enquêtes précédentes (2000 et 2001).

Depuis 1995, le nombre de **logements sociaux** exprimé en pourcentage du nombre total de ménages est resté constant. Ce constat vaut pour les trois régions. En Région flamande, le pourcentage est toutefois légèrement inférieur (5 %) qu'en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale (7 %). Dans les trois régions, les listes d'attente sont très longues.

En ce qui concerne les non ressortissants des 25 Etats membres de l'UE, **la qualité du logement** semble moins bonne dans de nombreux cas. De même, la situation en matière de logement des ménages avec enfants, sans emploi ou exerçant un emploi précaire, semble souvent problématique. Plus que la population dans son ensemble, cette catégorie semble occuper des logements présentant deux ou plusieurs problèmes structurels ou un manque d'espace. Les catégories faibles sur le plan social (familles monoparentales, chômeurs, malades/invalides) semblent, d'une manière générale, habiter davantage dans des logements présentant deux ou plusieurs problèmes structurels. De même, ils sont souvent locataires.

Les ménages bruxellois sont, bien plus que les ménages des autres régions, confrontés à un problème de manque d'espace (17 % par rapport à 4 % dans les autres régions). Les ménages wallons et bruxellois sont plus nombreux (23 %) à occuper un logement présentant un défaut structurel que les ménages flamands (14 %).

On ne dispose pas en Belgique de chiffres récents sur le nombre de **personnes sans domicile fixe**.

## **Annexe 1.2. Analyse des performances et de la soutenabilité du système de protection sociale**

### **Impact des allocations sociales sur le risque de pauvreté**

Le système de protection sociale joue un rôle important dans la lutte contre le risque de pauvreté. Si l'on calcule **le pourcentage du risque de pauvreté après avoir déduit du revenu tous les transferts sociaux (à l'inclusion des pensions)**, on obtient 42 %. Si l'on déduit tous les transferts sociaux à l'exclusion des pensions, on obtient 28 %. Les transferts sociaux (à l'exclusion des pensions) réduisent le risque de pauvreté de 46 %. Ce pourcentage est supérieur à la moyenne UE25 (qui est de 38 %), sachant que plusieurs autres Etats membres, tels que le Danemark, la Suède et la Finlande, réalisent un meilleur score (plus de 60 %). Les plus mauvais élèves de la classe européenne (moins de 20 %) sont la Grèce, l'Italie et l'Espagne, où les dépenses en matière de pension dominent les dépenses sociales.

### **Hauteur des allocations**

L'octroi aux personnes qui ne trouvent pas d'emploi sur le marché du travail de garanties quant à des allocations suffisamment élevées constitue, compte tenu des restrictions budgétaires, un souci permanent pour les responsables politiques.

En Belgique, une série d'**allocations minimum** se situent en deçà du seuil de pauvreté. En 2003, pour une personne isolée, par rapport au seuil de pauvreté, le revenu d'intégration se situait à 75 %, l'allocation de chômage à 91 %, l'indemnité minimum en cas d'invalidité à 100 % et la pension minimum d'un travailleur du secteur privé ayant accompli une carrière complète à 107 %. Pour une famille monoparentale comptant deux enfants, le revenu d'intégration majoré des allocations

familiales se situait à 91 %, pour un couple avec deux enfants à 69 %, pour un couple sans enfants à 67 %, toujours par rapport au seuil de pauvreté. Le salaire minimum net d'une personne isolée se situait à 131 % de ce même seuil. Ces chiffres sont le résultat de calculs effectués à l'échelle nationale. Si l'on se fonde sur la méthodologie OCDEUE, on arrive à peu près aux mêmes chiffres en ce qui concerne le revenu d'intégration des trois types de ménages suivants : les isolés, les familles monoparentales avec deux enfants et les couples avec deux enfants. Pour les familles monoparentales, la Belgique se situe à peu près dans la moyenne des Etats membres de l'UE pour lesquels l'indicateur a été calculé. Pour les deux autres types de ménages (isolés et couples avec deux enfants), la Belgique réalise un score plutôt faible dans une perspective internationale.

Un autre indicateur permet de vérifier dans quelle mesure un pensionné peut conserver son niveau de vie uniquement sur la base de sa pension<sup>62</sup>. **Le taux théorique de remplacement net** exprime le revenu de pension net au cours de la première année de l'admission à la retraite par rapport au revenu du travail net au cours de la dernière année avant l'admission à la retraite. Calculé pour un travailleur (masculin) du secteur privé ayant accompli une carrière de 40 ans, ayant perçu en salaire moyen et ayant été admis à la retraite à l'âge de 65 ans (cas-type de base), le taux de remplacement net en 2004 était de 63 % (premier pilier uniquement). Dans une perspective internationale, il s'agit en l'occurrence d'un taux de remplacement assez modeste.

La projection du taux de remplacement théorique net de la pension sur la base de la méthodologie du Sous-groupe Indicateurs du Comité européen de protection sociale montre comment l'instauration d'un second pilier peut contribuer de manière substantielle au maintien à long terme d'un taux de remplacement adéquat, à la condition qu'une cotisation suffisamment élevée soit versée durant une période suffisamment longue. Une cotisation de 4,5 % du salaire net pendant 40 ans peut contribuer, dans le cas-type qui nous occupe, à une augmentation de 10 % du taux de remplacement brut.

### **Pièges financiers à l'emploi et à l'activité**

Les allocations doivent être suffisamment élevées mais, dans le même temps, il convient également de veiller à ce que le différentiel avec les revenus du travail soit toujours suffisamment grand pour que l'acceptation d'un emploi rémunéré soit récompensée sur le plan financier.

Une série d'indicateurs doivent permettre de vérifier dans quelle mesure l'acceptation d'un emploi rémunéré est financièrement avantageuse par rapport au revenu de remplacement (identification des « **pièges financiers** »). Au niveau européen, on analyse cet aspect en rapport avec le taux d'imposition marginal effectif qui indique la proportion du salaire brut qui se dilue dans l'impôt<sup>63</sup> lorsque le bénéficiaire d'un revenu

---

<sup>62</sup> Indicateur calculé sur la base de la méthodologie mise au point par le Sous-groupe Indicateurs du Comité européen de protection sociale (simulation standard sur la base de cas-type) voir : Current and Prospective Theoretical Pension Replacement Rates. Report by the Indicators Sub-Group (ISG) of the Social Protection Committee. May 19th 2006.

<sup>63</sup> Il convient de tenir compte de l'interruption ou de la diminution des allocations, des impôts et des cotisations sociales.

de remplacement accepte un emploi rémunéré<sup>64</sup>. Nous nous proposons d'examiner ici brièvement deux indicateurs : le piège à l'emploi et le piège à l'activité<sup>65</sup>.

L'indicateur « **piège à l'emploi** » compare le revenu d'une personne qui vient de se retrouver au chômage après avoir travaillé pour un salaire correspondant à deux tiers du salaire moyen d'un ouvrier dans l'industrie avec le revenu d'une personne qui travaille au même niveau salarial. Dans le cas d'un ménage avec deux enfants, les allocations familiales sont également prises en considération. Quatre ménages-types ont été analysés. Dans les quatre cas, le taux d'imposition marginal effectif en Belgique en 2004 était supérieur à 75 %. En d'autres termes, en cas d'acceptation d'un emploi, on conserve moins de 25 % du salaire brut en raison de l'interruption des allocations, des impôts et des cotisations sociales. Avec 88 %, la Belgique réalise le plus mauvais score en ce qui concerne les isolés. En l'occurrence, 88 % des revenus bruts se diluent dans l'impôt, les revenus nets n'augmentant que de 12 %. Seul le Danemark connaît un taux d'imposition marginal effectif plus élevé (89 %). Il convient toutefois de relativiser quelque peu ces chiffres. Lorsque l'on considère non plus le premier, mais les treizième mois de chômage, la Belgique se rapproche, avec 80 % environ, de la moyenne européenne, en raison de l'importante dégressivité dans le temps des allocations de chômage belges. Le piège à l'emploi pour une famille monoparentale est de 79 %, pour un ménage avec deux enfants dont un seul des partenaires seulement travaille, de 76 % et pour un ménage avec deux enfants dont les deux partenaires travaillent (situation de départ : un partenaire travaille et l'autre accepte un emploi alors qu'il est chômeur), de 77 %. Pour ces autres ménages-types, le taux d'imposition marginal effectif belge est proche de ou inférieur à la moyenne européenne. Dans la plupart des pays, le piège à l'emploi a diminué au cours de la période 2001-2004. Dans le cas de la Belgique, la différence entre le résultat de l'indicateur au début et à la fin de la période précitée est faible (isolés - 1 ppt ; ménage avec deux enfants dans lequel les deux partenaires travaillent - 2 ppt).

Le **piège à l'activité** compare le revenu d'un bénéficiaire du revenu d'intégration (minimex) avec celui d'une personne qui travaille pour un salaire correspondant aux deux tiers du salaire APW. Le taux d'imposition marginal effectif est, en l'occurrence, moins élevé que dans le cas du piège à l'emploi, le revenu d'intégration étant inférieur à l'allocation de chômage. En Belgique, on n'observe guère de différence pour le ménage du type famille monoparentale (73 % en ce qui concerne le piège à l'activité contre 79 % en ce qui concerne le piège à l'emploi), mais pour les autres types, la différence est importante : isolés : 66 % contre 88 % ; ménage avec deux enfants dont un seul des partenaires travaille : 67 % contre 76 % ; ménage avec deux enfants dont les deux partenaires travaillent : 45 % contre 77 %. Une analyse incluant également dans le calcul les allocations de chômage indique une augmentation relativement importante du taux d'imposition marginal (entre + 6 % et + 14 % en fonction du type de ménage).

Il convient d'interpréter ces indicateurs avec prudence. Les bons scores indiquent en l'occurrence que l'acceptation d'un travail rémunéré est assorti d'une bonne récompense financière, mais les pays qui réalisent les meilleurs scores le font souvent parce que les revenus d'intégration ou les allocations de chômage y sont très faibles. Inutile de préciser que la position en matière de revenus des bénéficiaires de revenus

---

<sup>64</sup> En Belgique, il est d'usage de se référer comme indicateur l'augmentation relative du revenu net. Cet indicateur est plus facile à interpréter.

<sup>65</sup> Le piège au salaire brut plus élevé, qui reflète le piège financier auquel risque d'être confronté un travailleur passant d'un emploi faiblement rémunéré à un emploi mieux rémunéré, constitue un troisième type d'indicateur.

de remplacement qui ne parviennent pas à trouver du travail y est particulièrement problématique. Afin de remédier aux pièges à l'emploi et à l'inactivité, on pourrait faire augmenter les revenus nets du travail en diminuant les impôts et/ou les cotisations sur les bas salaires ou en octroyant des « in work benefits » (allocations versées aux personnes exerçant un emploi à bas salaire).

### **L'investissement dans le système de protection sociale**

La Belgique **investit** de manière substantielle dans son **système de protection sociale**. En 2003, 29,7 % du PIB ont été consacrés à la protection sociale (définition **Esspros**) (**total dépenses brutes**)<sup>66</sup>, soit plus de la moyenne européenne (28 %). La part des dépenses pour les différentes fonctions de protection sociale par rapport au PIB était la suivante : pensions de retraite et de survie : 12,6 % ; maladie et soins de santé : 7,6 % ; chômage : 3,5 % ; enfants/ménages : 2,2 % ; incapacité de travail : 1,9 % ; exclusion sociale : 0,5 %.

Une comparaison avec la situation dans les autres Etats membres de l'UE indique que la protection sociale en Belgique n'est basée que dans une faible mesure sur une enquête des moyens d'existence (3 % des dépenses) et qu'un pourcentage relativement faible est constitué d'avantages en nature (à peu près 25 %). Tout comme dans la plupart des autres Etats membres, les dépenses exprimées en pourcentage du PIB ont atteint un pic en 1993 (Belgique : 29,3 %) pour diminuer ensuite jusqu'en 2000 (Belgique : 26,8 %) et remonter ensuite à nouveau. L'augmentation au cours des trois dernières années (de 2000 à 2003) est en Belgique sensiblement plus importante (+ 2,9 % du PIB) que la moyenne européenne (+ 1,1 % PIB). La forte augmentation s'explique surtout par une augmentation importante des dépenses pour la fonction vieillesse et survie (+ 1,5 % PIB) et pour la fonction maladie/soins de santé (+ 1,4 % PIB). La survie (+ 1,5 % PIB) et pour la fonction maladie/soins de santé (+ 1,4 % PIB). Les dépenses en matière de chômage ont augmenté de 0,5 % du PIB. Les dépenses en matière d'aide sociale ont légèrement augmenté (+ 0,1 %), celles concernant les enfants et les familles étant restées stables en termes de pourcentage du PIB.

### **Le vieillissement et la soutenabilité du système de protection sociale**

Tout comme pour les autres Etats membres de l'UE, le vieillissement de la population à la suite de l'augmentation de l'espérance de vie et du faible taux de fécondité constitue en Belgique un défi important. La problématique est suivie de près par le biais de rapports annuels de la Commission d'Etude du vieillissement.

Cette commission se fonde sur une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 81,6 ans en 2000 à 88,9 ans en 2050 pour les femmes et de 75,1 ans à 83,9 ans pour les hommes<sup>67</sup>. En ce qui concerne le taux de fécondité, on attend une augmentation de 1,61 à 1,75. Le solde migratoire est considéré comme étant relativement stable et oscillant autour de 17.000 à 18.000 pour la même période.

Le **degré de dépendance des personnes âgées** (population de 65 ans et plus en termes de pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans) augmenterait, selon la

---

<sup>66</sup> A l'exclusion des frais d'administration et autres dépenses, cela revient à 28,3 % du PIB affectés aux allocations et services. Des études indiquent que les dépenses totales nettes pour la protection sociale en Belgique (compte tenu des impôts directs sur les allocations d'une part, et des avantages fiscaux, d'autre part) sont légèrement inférieures au montant brut. Voir : Adema, W. and Ladaïque, M. (2005) 'Net social Protection Expenditure'. Social Employment and Migration Working Paper n° 29, OECD.

<sup>67</sup> Voir à ce sujet : Conseil Supérieur des Finances. Commission d'Etude du Vieillissement. Rapport annuel. Mai 2006. 158 p.



Commission d'Etude du Vieillissement, de 26 % en 2004 à 46 % en 2050 (+ 21 points de pourcentage soit + 80 %). En d'autres termes, alors qu'en 2004, 4 personnes environ étaient actives pour une personne âgée de plus de 65 ans, il n'y en aurait plus que 2 en 2050. L'augmentation attendue est légèrement inférieure à la moyenne européenne (+ 27 points de pourcentage). De même, le niveau attendu en 2050 est également inférieur à la moyenne européenne (51 %). La part de la catégorie des personnes âgées de plus de 85 ans dans la catégorie des personnes âgées de plus de 65 ans passerait de 9 % en 2004 à 22 % en 2050.

L'évolution de **la structure des ménages** constitue sans aucun doute également une variable importante. En ce qui concerne la grandeur moyenne des ménages, la Belgique se situe en 2004, avec 2,4 personnes, autour de la moyenne européenne de 2,5. A long terme, il est clairement question d'une tendance au rétrécissement des ménages. En 1981, la grandeur moyenne des ménages était encore de 2,7. La part des isolés en Belgique est, en 2005, inférieure à la moyenne européenne (UE25) : 12,5 % par rapport à 14,6 %. On s'attend à une augmentation plus avant du nombre d'isolés. La part de la population vivant en Belgique dans une famille monoparentale est relativement élevée : 6,6 %.<sup>68</sup> Au sein de l'UE25, seule la Grande-Bretagne connaît un pourcentage plus élevé (8,4 %).

On peut s'attendre à ce que la réduction des ménages, également à la suite de l'instabilité accrue des ménages (moins de mariages, plus de divorces), combinée à l'augmentation du taux d'activité et d'emploi en particulier des femmes, entraînera une diminution des possibilités de soins informels au sein des familles et partant, fera augmenter les besoins en équipements de prise en charge pour les enfants, les personnes handicapées et les personnes âgées (soins résidentiels (établissements) et soins à domicile).

Selon le rapport de mai 2006 de la Commission d'Etude du Vieillissement, le **coût budgétaire du vieillissement**, défini comme l'augmentation entre 2005 et 2050 de l'ensemble des dépenses sociales des pouvoirs publics, exprimée en pourcentage du PIB, serait de 5,8 points de pourcentage. Les dépenses en matière de pensions augmenteraient de 3,9 ppt (de 9,1 %), les dépenses pour les soins de santé aigus de 2,4 ppt (de 6,2 %) et les dépenses pour les soins de longue durée de 1,3 ppt (de 0,9 %). On s'attend à une diminution des dépenses en ce qui concerne le chômage (-1,1 ppt, de 2,2 %), les allocations familiales (-0,6 ppt, de 1,6 %), l'incapacité de travail et la prépension (toutes deux de -0,1 ppt, de respectivement 1,2 % et de 0,4 %). Les autres dépenses sociales incluses dans les projections de la Commission du Vieillissement (maladies professionnelles, accidents du travail, revenus d'intégration) resteraient relativement stables par rapport au PIB (1,4 %). Au total, les dépenses sociales (selon le concept de la Commission du Vieillissement qui diffère de celui d'ESSPROS) passeraient de 23,1 % du PIB en 2005 à 28,8 % du PIB en 2050. Les mesures prises dans le cadre du récent Pacte entre les générations, pour autant que leurs effets aient pu être simulés par le Bureau fédéral du Plan (toutes les mesures n'ont pas pu être traduites en chiffres) feraient diminuer légèrement (-0,1 % du PIB) d'ici à 2050 le coût budgétaire du vieillissement.

---

<sup>68</sup> Chiffres basés sur l'Enquête relative aux forces du travail 2005.

### **Différence entre l'estimation (belge) de la Commission du Vieillissement et l'estimation (européenne) du Working Group of Ageing**

Sur un certain nombre de points, la projection de la Commission du Vieillissement diffère de celle mise en œuvre dans le cadre du Working Group of Ageing du Comité pour la Politique économique (WGA)<sup>69</sup>. Cette dernière est notamment fondée sur une conception plus restreinte des dépenses sociales (les allocations familiales, accidents du travail, maladies professionnelles ainsi que le revenu d'intégration ne sont pas pris en compte) et ne tient pas non plus compte du Pacte entre les générations, de sorte qu'une comparaison immédiate se révèle impossible. Dans la projection WGA, les dépenses en matière de pensions et de chômagees sont plus élevées, les dépenses en matière de soins de santé (soins aigus et soins à long terme) étant inférieures. Ces écarts s'expliquent par des différences en ce qui concerne les hypothèses et la méthodologie<sup>70</sup>.

Selon l'étude WGA, les coûts totaux du vieillissement augmenteront sensiblement plus vite (de 6,3 ppt) que la moyenne UE25 (+3,4 ppt). Les dépenses publiques en matière de pensions et de soins à long terme augmenteraient de manière plus importante en Belgique : pensions : Belgique : + 5,1 ppt – UE25 : +2,2 ppt ; soins de longue durée : Belgique : + 1 – UE25 : 0,6. A cet égard, il convient de faire observer que la Belgique a consacré en 2004 une part moins importante de son PIB aux pensions que la moyenne au sein de l'Eurozone ou de l'UE25. Par contre, les dépenses en matière de soins aigus augmentent moins en Belgique que la moyenne européenne (1,4 ppt contre 1,6), les dépenses en matière d'enseignement (BE : -0,7 – UE25 : -0,6) et de chômage (B : -0,5 – UE25 : -0,3) diminuant un peu plus.

La stratégie mise en œuvre par la Belgique est essentiellement axée sur le maintien de la possibilité de financer le système de protection sociale par la réduction progressive de la dette publique par rapport au PIB et la constitution d'un Fonds de réserve démographique (le Fonds de Vieillissement) qui doit contribuer, à plus long terme, à supporter les coûts du vieillissement de la population. Ce Fonds pourra être sollicité à partir de 2010 pour contribuer au financement des coûts du vieillissement de la population, à tout le moins sur la dette a été ramenée d'ici là à 60 % du PIB.

Cette stratégie est exposée dans le Programme national belge de réforme. Au cours des dernières années, la dette publique brute a diminué de façon importante. Alors qu'elle était encore de 136 % du PIB en 1994, elle avait été ramenée à 93 % du PIB en 2005 (la moyenne UE25 étant de 63 %). La stratégie de démantèlement de la dette prévoit une diminution à 75,3 % du PIB en 2010 et à 36,1 % d'ici à 2030. D'ici à 2050, la dette devrait à nouveau être passée à 63,5 % (programme scénario)<sup>71</sup>.

---

<sup>69</sup> The impact of the ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In : European Economy. Special Report n° 1/2006.

<sup>70</sup> Pour un aperçu, voir le rapport de la Commission du Vieillissement.

<sup>71</sup> Voir Public Finances in EMU 2006. Long-term sustainability of public finances base done the 2005/06 updates of the stability and convergence programmes. Table I.19. p. 60.

**Annexe : List of the commonly agreed overarching indicators<sup>72</sup>**

	<b>Commonly agreed EU indicator (EU) Commonly agreed national indicators (NAT)<sup>73</sup></b>	<b>Definition</b>
<b>1a</b>	<b>EU: At-risk-of-poverty rate</b>  <b>+ Illustrative threshold value</b>  <i>In future consider the possibility to add At-persistent risk of poverty rate</i>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below 60% of the national equivalised median income <sup>74</sup> .  Value of the at-risk-of-poverty threshold (60% median national equivalised income) in PPS for an illustrative household type (e.g., single person household)  Source: SILC
<b>1b</b>	<b>EU: Relative median poverty risk gap</b>	Difference between the median equivalised income of persons aged 0+ below the at-risk-of poverty threshold and the threshold itself, expressed as a percentage of the at-risk-of poverty threshold.
<b>2</b>	<b>EU: S80/S20</b>	Ratio of total income received by the 20% of the country's population with the highest income (top quintile) to that received by the 20% of the country's population with the lowest income (lowest quintile).  Income must be understood as equivalised disposable income.  Source: SILC
<b>3</b>	<b>NAT: Healthy life expectancy</b>	Number of years that a person at birth, at 45, at 65 is still expected to live in a healthy condition (also called disability- free life expectancy).  To be interpreted jointly with life expectancy  Source: Eurostat

<sup>72</sup> Portfolio of overarching indicators and for the streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios. Version adopted at 22 May SPC. June 2006.

<sup>73</sup> **Commonly agreed national indicators based on commonly agreed definitions and assumptions** that provide key information to assess the progress of MS in relation to certain objectives, while not allowing for a direct cross-country comparison, and not necessarily having a clear normative interpretation. These indicators/statistics should be interpreted jointly with the relevant background information (exact definition, assumptions, representativeness).

<sup>74</sup> **Equivalised median income** is defined as the household's total disposable income divided by its "equivalent size", to take account of the size and composition of the household, and is attributed to each household member (including children). Equivalization is made on the basis of the OECD modified scale.

<b>4</b>	<b>EU: Early school leavers</b>	Share of persons aged 18 to 24 who have only lower secondary education (their highest level of education or training attained is 0, 1 or 2 according to the 1997 International Standard Classification of Education – ISCED 97) and have not received education or training in the four weeks preceding the survey.  Source: LFS
<b>5</b>	<b>EU: People living in jobless households</b>	Proportion of people living in jobless households, expressed as a share of all people in the same age group <sup>75</sup> . This indicator should be analysed in the light of context indicator N°8: jobless households by main household types  Source: LFS
<b>6</b>	<b>NAT: Projected Total Public Social expenditures</b>	Age-related projections of total public social expenditures (e.g. pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers), current level (% of GDP) and projected change in share of GDP (in percentage points) (2010-20-30-40-50)  Specific assumptions agreed in the AWG/EPC. See "The 2005 EPC projections of age-related expenditures (2004-2050) for EU-25: underlying assumptions and projection methodologies"  Source: EPC/AWG
<b>7a</b>	<b>EU: Median relative income of elderly people</b>	Median equivalised income of people aged 65+ as a ratio of income of people aged 0-64  Source: EU-SILC
<b>7b</b>	<b>EU: Aggregate replacement ratio</b>	Median individual pensions of 65-74 relative to median individual earnings of 50-59, excluding other social benefits  Source: EU-SILC
<b>8</b>	<b>Unmet need for care</b>	<i>Use, definition and breakdowns yet to be agreed upon once data is available for all countries.</i>  <i>Source: EU-SILC</i>
<b>9</b>	<b>EU: At-risk-of-poverty rate anchored at a fixed moment in time (2005)</b>  <b>Possibly replaced or supplemented in future by</b>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below the at-risk-of-poverty threshold calculated in year 2005 (1st EU-SILC income reference year for all 25 EU countries), up-rated by inflation over the years.

<sup>75</sup> Students aged 18-24 years who live in households composed solely of students are not counted in neither numerator nor denominator

	<b>material deprivation or consistent poverty indicators</b>	Source: SILC
<b>10</b>	<b>EU: Employment rate of older workers</b>  <b>Possibly replaced or supplemented by "average exit age from the labour market" when quality issues are resolved</b>	Persons in employment in age groups 55 - 59 and 60 - 64 as a proportion of total population in the same age group  Source: LFS
<b>11</b>	<b>EU: In-work poverty risk</b>	Individuals who are classified as employed <sup>76</sup> (distinguishing between "wage and salary employment plus self-employment" and "wage and salary employment" only) and who are at risk of poverty. This indicator needs to be analysed according to personal, job and household characteristics. It should also be analysed in comparison with the poverty risk faced by the unemployed and the inactive.  Source: SILC
<b>12</b>	<b>EU: Activity rate</b>  <b>Possibly replaced or supplemented in future by MWP indicators</b>	Share of employed and unemployed people in total population of working age 15-64  Source: LFS
<b>13</b>	<b>NAT: Regional disparities – coefficient of variation of employment rates</b>	Standard deviation <sup>77</sup> of regional employment rates divided by the weighted national average (age group 15-64 years). (NUTS II)  Source: LFS
<b>14</b>	<b>To be decided following ISG work on health indicators</b>	

<sup>76</sup> Individuals classified as employed according to the definition of most frequent activity status. The most frequent activity status is defined as the status that individuals declare to have occupied for more than half the number of months in the calendar year.

<sup>77</sup> Standard deviation measures how, on average, the situation in regions differs from the national average. As a complement to the indicator a graph showing max/min/average per country is presented.

**Possible alternative measures:**

**Regional disparities – underperforming regions. Source LFS**

1. Share of underperforming regions in terms of employment and unemployment (in relation to all regions and to the working age population/labour force) (NUTS II).
2. Differential between average employment/unemployment of the underperforming regions and the national average in relation to the national average of employment/unemployment (NUTS II) Thresholds to be applied: 90% and 150% of the national average rate for employment and unemployment, respectively. (An extra column with the national employment and unemployment rates would be included)

<b>Context information</b>	
	GDP growth
	Employment rate, by sex
	Unemployment rate, by sex, and key age groups
	Long term unemployment rate, by sex and key age groups
	Life expectancy at birth and at 65
	Old age dependency ratio, current and projected
	Distribution of population by household types, including collective households
	Public debt, current and projected, % of GDP
	Social protection expenditure, current, by function, gross and net (ESPROSS)
	Jobless households by main household types (see breakdown of Social Inclusion indicator 1a)
	Making work pay indicators (unemployment trap, inactivity trap (esp. second earner case), low-wage trap.
	Net income of social assistance recipients as a % of the at-risk of poverty threshold for 3 jobless household types .
	At-risk of poverty rate before social transfers (other than pensions), 0-17, 18-64, 65+
	NAT: Change in projected theoretical replacement ratio for base case 2004-2050 accompanied with information on type of pension scheme (DB, DC or NDC), and change in projected public pension expenditure 2004-2050. (These results should systematically be presented collectively in one table).

# **Annexes au chapitre II**

## **Le Plan d'Action Inclusion Sociale**

- 1. Bonnes pratiques**
- 2. Rapport sur la mise en œuvre du PAN Inclusion 2003-2005 et de son actualisation pour 2005-2006**
- 3. Toutes les actions en détail**
- 4. Liste des abréviations utilisées**

**PS :** Dans un document séparé, le lecteur trouvera une annexe relative aux indicateurs du PAN Inclusion sociale

## Annexe Inclusion 1. Les Bonnes pratiques

### **A.2.1.1. Garantir à chacun un logement abordable et de qualité: Une expérience transversale d'insertion de personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale : Accès direct de la rue au logement pour les personnes sans-abri**

Name of Policy/Project		Member State	
Accès direct de la rue au logement pour personnes sans-abri		Belgique - Région de Bruxelles-capitale	
End Purpose of the Initiative			
<p>Il s'agit de favoriser l'accès et de stabiliser des personnes sans-abri dans un logement.</p> <p>Le logement est considéré non pas comme une fin en soi, mais comme un point de départ, moteur d'un certain épanouissement, de liens sociaux et d'une insertion sociale.</p>			
Main Results			
<p>Pour les personnes sans-abri, cette expérience permet l'accès au logement, une stabilité dans un logement décent, l'expérimentation de relations sociales quotidiennes, le développement de solidarités, l'utilisation d'un espace propre et un recours plus responsable aux services sociaux.</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input 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 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 checked="" type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>La vie à la rue est l'aboutissement d'une exclusion sociale extrême et la manifestation visible de graves problèmes sociaux (non limités aux problèmes de logement).</p> <p>L'hébergement en institution ne constitue qu'une offre partielle et momentanée pour les personnes sans-abri. La saturation dans les maisons d'accueil, allant de l'urgence au moyen et au long terme, et le manque de logements décents, accessibles et financièrement abordables pour les personnes à faible revenu dans la région bruxelloise, créent un contexte où chaque organisation se concentre davantage sur l'urgence. Le mode de vie en institution est organisé par l'institution et laisse peu de place aux choix et à l'implication de chacun dans l'organisation de sa vie. La fréquentation régulière des institutions peut dans certains cas générer la perte de repères d'une vie autonome, dépendance, voire même chronicisation. Les rapports de force entre l'institution et les usagers provoquent dans certaines situations des ruptures</p>			



<p>qui renforcent leur état d'exclusion, ce qui est à l'encontre des objectifs souhaités.</p> <p>Les personnes qui ne souhaitent pas ou ne souhaitent plus vivre en institution n'ont souvent que le choix de vivre seules en logement. Se pose alors la question de l'isolement et des moyens financiers nécessaires pour faire face au coût très important des loyers bruxellois.</p>	
<p><b>Details of the Initiative</b></p>	
<p><b>1. Specific Objectives</b></p>	
	<p>Ce type de logement communautaire est</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une réponse aux difficultés d'accès au logement pour des raisons financières.</li> <li>- une réponse à l'isolement social, raison pour laquelle le logement individuel est souvent un échec à l'insertion sociale des personnes issues de la rue. Cette réalité amène ces personnes à renouer des liens sociaux, à trouver des terrains d'entente, à réapprendre la négociation, à exprimer leurs limites, leurs besoins, leurs accords et désaccords, de déterminer ensemble des règles de cohabitation</li> <li>- un espace d'apprentissage et d'expérimentation de liens sociaux entre générations (personnes sans-abri adultes et jeunes des services d'aide à la jeunesse).</li> <li>- une manière d'élaborer les règles de vie entre co-locataires, ce qui implique une responsabilité personnelle par rapport à la vie communautaire, une obligation d'utiliser un espace propre, de se confronter aux différentes manières d'occuper un espace limité, d'envisager un rythme de vie,...</li> <li>- une manière de reprendre sa vie en main et de faire appel aux services sociaux de manière plus responsable et moins dépendante.</li> </ul>
<p><b>2. How did the initiative address these objectives?</b></p>	
	<p>Ce projet est le résultat d'un travail de réseau de travailleurs du secteur sans-abri (maisons d'accueil et logement accompagné) et du secteur du logement (Agence immobilière sociale ou AIS), qui ont partagé des constats d'échec lors de l'insertion. C'est une collaboration entre travailleurs sociaux de secteurs différents. Les travailleurs du secteur sans abri et du logement accompagné se chargent de l'accompagnement des personnes, alors que l'AIS loue le logement</p> <p>Les services sociaux négocient avec les propriétaires pour trouver un logement adapté au projet.</p> <p>Dans un premier temps, les travailleurs sociaux organisent un temps de rencontre entre les personnes et les travailleurs sociaux.</p> <p>3 à 6 personnes vivent dans un logement, avec un espace privatif et des locaux communs. Elles déterminent elles-mêmes les règles de cohabitation, aidés par des travailleurs sociaux. Elles apprennent à gérer les conséquences de la cohabitation. La seule règle imposée est la non-violence et l'obligation de participer aux réunions demandées par un locataire.</p> <p>Les personnes rencontrent les travailleurs sociaux de leur propre initiative et sur base de leurs besoins, soit individuellement, soit collectivement. L'accompagnement collectif est conçu comme un point d'appui à la cohabitation. Les travailleurs sociaux aident les personnes à trouver elles-mêmes la solution aux problèmes rencontrés en leur apprenant à mieux exploiter leurs propres ressources.</p>
<p><b>3. What is/was the timescale for implementing the initiative?</b></p>	

	Il n'y a pas de planification d'implémentation de ce projet. Sa pérennité dépend uniquement du souhait des locataires et des moyens financiers et humains des services sociaux.
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	Les partenaires du projet sont <ul style="list-style-type: none"> <li>- une agence immobilière sociale</li> <li>- une association d'habitat accompagné</li> <li>- un asile de nuit</li> <li>- une association de travail de rue</li> <li>- une maison d'accueil</li> <li>- une association d'aide à la jeunesse.</li> </ul> Les partenaires se rencontrent une fois par mois pour évaluer et faire le point sur l'évolution du projet.
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	Tous les objectifs ont été atteints. Par contre, le projet de cohabitation avec les jeunes du service d'aide à la jeunesse a dû être réajusté, suite aux difficultés rencontrées.
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les normes législatives (montant du revenu d'intégration sociale liée à la catégorie de cohabitant, normes de surface)</li> <li>- la pénurie de logements de transit</li> <li>- l'équipement du logement</li> <li>- l'équilibre financières et les contraintes organisationnelles des services partenaires</li> <li>- les représentations des travailleurs sociaux quant à la capacité des personnes de cohabiter</li> <li>- la définition des procédures d'entrée et de sortie</li> <li>- les limites de l'accompagnement collectif</li> <li>- le manque de soutien financier des pouvoirs publics</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- négociation particulière avec les CPAS qui attribuent le RIS (revenu d'intégration social) aux personnes qui vivent en logement communautaire</li> <li>- recherche de logements hors quota AIS et logement de transit</li> <li>- contact de sensibilisation et négociation avec les pouvoirs publics (aboutis en 2006 via un subventionnement forfaitaire)</li> <li>- sensibilisation des travailleurs sociaux via les réseaux, mais cette difficulté subsiste)</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrairement à l'opinion de certains travailleurs sociaux, les personnes candidates ont prouvé une capacité d'accéder au logement sans passer par un parcours institutionnel linéaire (asile de nuit-maison d'accueil-logement accompagné-logement privatif)</li> <li>- une grande tolérance et une grande compréhension face à des comportements, ou débordements des cohabitants internes du logement</li> <li>- les relations travailleurs sociaux - usagers laissent place à un mode relationnel plus juste où la distance professionnelle est un catalyseur mobilisant et organisant les ressources des personnes.</li> <li>- le montant du loyer est divisé entre plusieurs personnes, ce qui rend possible l'accès au logement pour les plus petits revenus et évite</li> </ul>

	<p>les discriminations.</p> <p>- les représentations des travailleurs sociaux sont confrontées et débattues. Les pratiques professionnelles ne sont plus morcellées; elles trouvent leur sens dans la complémentarité.</p>
--	--

### **A.2.1.2. Développer l'activation et la diversité dans l'emploi : le management de la diversité en Région wallonne**

<b>Name of Policy/Project</b>		<b>Member State</b>	
Management de la diversité		Belgium - Région wallonne	
<b>End Purpose of the Initiative</b>			
L'objectif est de soutenir l'engagement de personnes discriminées sur le marché du travail sur base de l'origine, le genre, le handicap ou l'âge. La mesure "management de la diversité" vise également à stimuler la poursuite du développement de la responsabilité sociale des entreprises en augmentant sa visibilité et en y sensibilisant les partenaires sociaux.			
<b>Main Results</b>			
Les résultats escomptés sont l'augmentation du nombre de mises à l'emploi de personnes parmi les plus éloignées du marché de l'emploi.			
<b>Targeted Beneficiaries</b>		<b>Policy Focus</b>	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input 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 type="checkbox"/>
Older people	<input checked="" type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	<b>Geographical Scope</b>	
People with disabilities	<input checked="" type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input checked="" type="checkbox"/>	Regional	<input checked="" type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input checked="" type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	<b>Implementing Body</b>	
Specific Illness/disease	<input checked="" type="checkbox"/>	RW, Le FOREM, partenaires sociaux, Missions régionales pour l'Emploi, CPAS	
Other [Please specify:]	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Context/Background to the Initiative</b>			
<p>Le Plan stratégique transversal "création d'activités et d'emplois" mis en oeuvre par la Région wallonne intègre un axe "management de la diversité". Celui-ci vient renforcer d'autres dispositifs déjà en mis en place en faveur de ces publics comme le Programme de Transition professionnelle (PTP), le Dispositif intégré d'insertion socioprofessionnelle (DIISP), les conventions conclues dans différents secteurs du marchand et du non-marchand visant à l'insertion des personnes étrangères ou d'origine étrangère, l'engagement d'agents d'insertion au sein des CPAS afin de favoriser l'insertion de bénéficiaires du RIS et le renforcement des Missions régionales pour l'emploi, dans le cadre du "jobcoaching", pour favoriser l'insertion de personnes d'origine étrangère, de bénéficiaires du RIS et de chefs de familles monoparentales.</p> <p>L'étude BIT réalisée en 1998 montre, par exemple, qu'à compétences égales le Belge d'origine marocaine n'a pas les mêmes chances d'accéder à l'emploi que " l'autochtone" belge.</p>			

Il s'agit donc de renforcer de manière transversale les dispositifs opérationnels et d'inciter les employeurs potentiels au recours à la discrimination positive lors de l'engagement et ce, par une reconnaissance concrète : le label.	
<b>Details of the Initiative</b>	
<b>1.</b>	<b>Specific Objectives</b>
	Elaborer un ensemble de mesures incitatives au bénéfice des acteurs partenaires publics et privés (entreprise, employeurs non marchands, Conseil économique et social, FOREM, CPAS, Missions régionales pour l'emploi, etc) pour stimuler l'engagement des publics fragilisés. Définir, pour les entreprises, un nouveau label en matière de gestion des ressources humaines lors de l'engagement de travailleurs afin de favoriser l'accès à l'emploi des publics fragilisés. Ce label portera sur 4 critères : l'origine culturelle, le genre (hommes/femmes), le handicap et l'âge. Un prix annuel sera décerné à l'entreprise qui se sera démarquée positivement en la matière.
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>
	Mise en oeuvre des mesures incitatives au bénéfice des acteurs partenaires publics et privés pour stimuler l'engagement des publics fragilisés. Sensibilisation des entreprises au label via une campagne promotionnelle, octroi d'un prix wallon "management de la diversité" ; 4 entreprises wallonnes feront l'objet d'un accompagnement vers la labellisation.
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	Label 2006 : Mise en place du label ; 2007 : Octroi d'un prix wallon et accompagnement de 4 entreprises vers la labellisation ; 2008 : Extension du dispositif. DIISP, CPAS, renforcement des MIRE : mise en oeuvre en 2006
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	En cours d'élaboration.
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.

### **A.2.1.3. Lutter contre la pauvreté qui frappe les enfants : l'exemple de la Communauté française**

<b>Name of Policy/Project</b>		<b>Member State</b>	
Plan stratégique en matière d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale		Communauté française de Belgique	
<b>End Purpose of the Initiative</b>			
<p>La politique d'intégration des TIC à l'école en Communauté française a été initiée en vue de fournir aux équipes éducatives un outil pédagogique supplémentaire et de favoriser l'égalité des chances en permettant à tous les élèves d'y avoir accès.</p> <p>Pour accomplir correctement ses missions pédagogiques, il est indispensable que le secteur éducatif bénéficie d'instruments adaptés et de qualité. Si les outils classiques sont essentiels et doivent être développés, les technologies modernes offrent des perspectives nouvelles et complémentaires. Il s'agit de doter les infrastructures éducatives d'équipement informatique actualisé et adapté au niveau d'enseignement, de former leur personnel à l'utilisation des nouvelles technologies et de mettre des logiciels de qualité à disposition de celui-ci.</p>			
<b>Main Results</b>			
<p>Parmi ces objectifs, on peut citer comme exemples de bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le passeport Tic</li> <li>- l'équipement des écoles en informatique pédagogique</li> <li>- le développement d'un serveur pédagogique interréseaux</li> <li>- la constitution d'une banque de ressources pédagogiques en ligne</li> </ul>			
<b>Targeted Beneficiaries</b>		<b>Policy Focus</b>	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<b>Geographical Scope</b>	
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"/>	<b>Implementing Body</b>	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>	Communauté française	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>	Région wallonne	
enseignants, directeurs d'école		Région de Bruxelles - Capitale	
<b>Context/Background to the Initiative</b>			
<p>Le Gouvernement de la Communauté française a adopté, en juillet 2002, un Plan stratégique d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale.</p> <p>Par ce plan, le Gouvernement définit une vision stratégique cohérente et assure une approche coordonnée des développements futurs en matière d'intégration des TIC dans les établissements scolaires, tant en Région wallonne qu'en Région bruxelloise.</p>			
<b>Details of the Initiative</b>			

<b>1.</b>	<b>Specific Objectives</b>
	Ce Plan est constitué de 48 mesures représentant 4 grands axes : Faciliter la gestion de l'établissement par l'introduction des TIC, Déployer du matériel dans les établissements et en assurer le bon fonctionnement, Intégrer les TIC dans les pratiques pédagogiques, Permettre à chaque élève de devenir un utilisateur familier des TIC.
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>
	<p>A partir de ce plan, 4 bonnes pratiques ont pu être développées:</p> <p>1. Le passeport TIC: L'objectif de ce projet est de permettre aux élèves d'acquérir des compétences en informatique. Le passeport TIC officialise les compétences acquises par les élèves dans le domaine de l'informatique en ne conditionnant en rien la réussite ou l'échec d'une année scolaire. Il s'adresse aux élèves du premier degré de l'enseignement secondaire et l'enseignement spécialisé au travers des formes 2 et 3. Tous les documents pédagogiques du Passeport TIC sont téléchargeables à partir du site <a href="http://www.enseignement.be/pass">www.enseignement.be/pass</a>.</p> <p>2. Equipement des écoles en matériel informatique pédagogique : Plan Cyberécoles et lancement du Plan Cyberclasse</p> <p>Pour la Région wallonne:</p> <p>Dans le cadre du projet Cyberécoles, environ 18.940 ordinateurs multimédia connectés à Internet ont été installés dans les écoles primaires, secondaires et de promotion sociale de Wallonie sur la période 1998-2000. Ce plan d'équipement est né d'un projet d'accord de coopération approuvé en 1998 par les Gouvernements de la Communauté française, de la Communauté germanophone et de la Région Wallonne. Si la Région s'est chargée de la mise à disposition de matériel et de son entretien pour une durée de trois ans, les Communautés se sont chargées d'organiser l'intégration de cet équipement dans le contexte éducatif en assurant la formation des enseignants, la présence d'une personne-ressource dans chaque établissement et le développement d'un serveur pédagogique. Le matériel était réservé à un usage strictement pédagogique. Il ne pouvait être utilisé pour un usage administratif.</p> <p>En août 2005, un accord de coopération a été signé entre la Communauté française, la Communauté germanophone et la Région wallonne. Ce projet (2006-2009) vise le remplacement et le dédoublement du matériel informatique des écoles de la Région Wallonne. C'est le lancement du projet "Cyberclasse"...</p> <p>L'objectif de cet accord de coopération est que les trois entités assurent les synergies les plus efficaces pour améliorer la formation aux nouvelles technologies dans les établissements scolaires.</p> <p>La mission de la Région wallonne consistant principalement à assurer la continuité du projet précédent, avec l'objectif de renouveler progressivement l'ancien matériel et d'augmenter le nombre d'ordinateurs mis à disposition des écoles afin de se rapprocher de la norme d'un ordinateur pour 15 élèves. Le projet prévoit en outre l'installation d'un réseau dans l'école en mettant à disposition un serveur par implantation scolaire et en câblant un nombre de locaux en fonction de la taille de l'école. La Région wallonne a également en charge la maintenance, l'assurance et l'assistance à l'utilisation du matériel fourni.</p> <p>De leur côté, les Communautés s'engagent à assurer la formation des membres du personnel à l'usage pédagogique des TIC, à désigner dans chaque établissement une personne-ressource, à mettre à jour et à développer les serveurs pédagogiques et à prendre en charge les coûts relatifs à la connexion au réseau internet.</p> <p>L'ensemble des établissements devrait être équipé pour la fin de l'année 2009.</p>

	<p>Pour la Région bruxelloise:  Un premier plan d'équipement, fixé dans un protocole d'accord conclu entre le Ministre-Président de la Région bruxelloise et le Ministre-Président de la Communauté française en septembre 1998, a été établi pour les écoles primaires et secondaires de la Région bruxelloise.  Le déploiement dans les écoles secondaires a débuté en 1998 et s'est clôturé en 1999. Les écoles ont vu leur salle informatique équipée de 8 PC, d'un serveur central, d'un hub et de trois imprimantes. Une deuxième phase, de 1999 à 2001 a vu le déploiement de matériel dans les écoles primaires. Celui-ci consiste en 4PC destinés à être placés dans une salle informatique, un serveur central un hub et une imprimante. Chaque établissement a désigné une personne ressource chargée de la maintenance de premier niveau dans leur établissement. Chaque personne ressource s'est alors vu offrir la possibilité de suivre une formation d'une demi-journée à une journée dispensée par le fournisseur des équipements.  Un plan de renouvellement 2005-2006 a été lancé en Région bruxelloise. Celui-ci prévoit un dédoublement du matériel et une connexion gratuite. Le nouveau matériel permettra l'extensibilité hardware : les nouveaux ordinateurs disposeront de ports USB et la station multimédia d'un lecteur et graveur de CD. De plus, la plate-forme logicielle permettra à l'enseignant de montrer son écran aux élèves ou de prendre le contrôle à distance de l'écran d'un élève. Toutes les écoles secondaires ont été installées pour la fin du mois de juin 2005 et une journée de formation a été donnée aux personnes ressources. L'ajout de stations de travail dans les écoles primaires devrait être lancé en 2006.</p> <p>3. Développement d'un serveur pédagogique:  Pour assurer la diffusion des ressources, la Communauté française mise sur le développement d'un serveur interréseaux. Né en octobre 1999, le site enseignement.be propose tant des informations sur les structures de l'enseignement que des annuaires d'écoles, des espaces thématiques, des ressources pédagogiques et des outils d'échange. Le site donne accès au catalogue de la base de données RESPEL (ressources pédagogiques) créée de façon à pouvoir suivre une évolution exponentielle du volume des données.</p> <p>4. RESPEL: Une banque de données de ressources pédagogiques interréseaux a été créée et est accessible sur le site <a href="http://www.enseignement.be">www.enseignement.be</a>, donc par un large public. Le projet RESPEL (Ressources pédagogiques en ligne) a ainsi vu le jour en 2003 et a été présenté officiellement en mai 2005. La réalisation de cette banque de données de ressources pédagogiques répond tant aux objectifs du plan stratégique d'intégration des TIC qu'aux dispositions du décret « Missions » et du « Décret relatif au pilotage du système éducatif de la Communauté française » relatives à la diffusion d'outils pédagogiques.</p>
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	Plan stratégique en matière d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale réalisé en 2002 vient d'être évalué. Sur la base de cette évaluation, le plan sera actualisé et des nouvelles échéances seront établies.
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	Les 48 mesures du Plan stratégique apparaissent sous la forme de fiche individualisée. La présentation de chaque fiche reprend, en général, l'objectif opérationnel qu'elle contribue à atteindre, l'entité administrative et politique responsable du pilotage, des délais d'exécution, état des lieux situant la

	<p>mesure dans son cadre ; la description opérationnelle décrivant les étapes nécessaires pour concrétiser la mesure, ainsi que le calendrier de mise en œuvre et le budget</p> <p>Une évaluation de ce plan vient d'être réalisée.</p> <p>Afin de garantir l'objectivité de cette évaluation, il a été demandé au Service général d'Audit du Ministère de la Cf, en collaboration avec une société privée de la réaliser.</p> <p>La méthodologie utilisée par cette évaluation propose, sur la base d'entretiens avec les pilotes (c'est-à-dire les services désignés comme tels dans le Plan approuvé par le Gouvernement) de lister les actions prévues et/ou réalisées, de « mesurer » la réalisation et les résultats de ces actions, de mettre en évidence les difficultés éventuelles rencontrées et de proposer des lignes d'actions pour la poursuite des objectifs de ce Plan.</p> <p>Suite à ces entretiens, un rapport présentant un état des lieux des réalisations, une évaluation des effets de celles-ci et une série de recommandations stratégiques pour atteindre les objectifs prévus par le Plan stratégique a été réalisé et transmis au Comité d'accompagnement du Plan stratégique afin de le relayer au Gouvernement.</p> <p>L'adaptation du Plan stratégique suite aux résultats de l'évaluation est en cours.</p>
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	<p>Par rapport aux 4 mesures décrites ci-avant:</p> <p>1. Le passeport TIC: Un projet pilote a été mis en place pour l'année scolaire 2003-2004. L'évaluation de ce projet pilote étant très positive, sa pérennisation pour les années suivantes a pu être assurée. Le passeport TIC est en évolution constante. De plus en plus d'élèves suivent cette formation et atteignent les compétences visées par ce passeport.</p> <p>2. Equipement des écoles en matériel informatique pédagogique : Plan Cyberécoles et lancement du Plan Cyberclasse Les nouveaux plans d'équipement ont voulu augmenter le nombre d'ordinateurs dans les écoles. Par exemple, pour la Région wallonne: le projet Cyberclasse représente 40 000 ordinateurs et plus de 3300 serveurs. Le nombre d'ordinateurs fourni aux écoles est doublé afin d'atteindre la norme de 1 ordinateurs pour 15 élèves. De plus, les écoles pourront choisir d'équiper des classes cybermédia ou d'intégrer les ordinateurs dans les classes en fonction de leurs pratiques pédagogiques.</p> <p>3. Développement d'un serveur pédagogique: Le site <a href="http://www.enseignement.be">www.enseignement.be</a> est en ligne et connaît des évolutions constantes. Des espaces par niveau scolaire ont été créés afin de faciliter l'accès à des ressources adaptées et aux sujets de discussion qui intéressent directement les utilisateurs. Les résultats sont en continuelle progression : accroissement du nombre de visites, accroissement du nombre et de la qualité des échanges. Des listes de discussion ont été ouvertes afin de favoriser les échanges entre les enseignants. Les statistiques de consultation indiquent qu'en octobre 2005, le nombre de pages consultées était de 1.212.729 et le nombre de documents téléchargés de 209.536. Pages en constante évolution pour répondre aux besoins des publics-ciblés.</p> <p>4. RESPEL: Le résultat atteint aujourd'hui consiste en ce que RESPEL compte +/- 2.500 ressources pour l'ensemble du primaire et du secondaire. Considérant que ce nombre reste relativement restreint, cette base de données est continuellement en développement et la création de liens avec d'autres</p>



	<p>bases de données existantes est fortement souhaitée. Un partenariat avec le Québec (vitrine APO) pour le développement et l'alimentation de RESPEL a été conclu en 2002 et s'est clôturé récemment. La collaboration a porté sur l'analyse des normes, la création technique des bases et sur des outils d'échange de données. Les ressources de la banque de données québécoise ont été intégrées à la banque de données RESPEL et inversement.</p> <p>De manière globale, l'audit réalisé sur les mesures présentes dans le plan stratégique en matière d'intégration des TIC dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale est très positif quant au travail réalisé.</p>
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	<p>Les risques sont relativement faibles. La problématique des TIC renvoie à une question sociétale plus large liée aux changements de mentalités exigés par la «Société » de l'information. Si l'école est le lieu adéquat pour rendre ce mouvement perméable ; il est nécessaire que le corps enseignant soit sensibilisé au mieux et en perçoive les avantages et implications. Tous les enseignants ne sont pas encore sensibilisés aux TIC et à leur intégration dans des pratiques de classe.</p>
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	<p>Par une intensification de la sensibilisation des publics-cibles, leur information et leur formation. Plusieurs projets permettent de sensibiliser et d'informer les enseignants: la formation des enseignants, le site enseignement.be qui propose une foule d'informations, l'organisation d'un colloque sur les TIC, la publication d'un décret permettant l'agrément et une aide financière aux écoles dans l'acquisition des logiciels agréés...</p>
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>
	<p>N'ayant pas suffisamment de recul sur la réalisation des mesures contenues dans le plan, il est difficile de répondre objectivement à cette question.</p>

#### **A.2.1.4. Dispositions prises pour une meilleure gouvernance :**

##### **A.2.1.4. a) L'insertion de médiateurs de terrain en matière de pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale**

<b>Name of Policy/Project</b>	<b>Member State</b>
Insertion de médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale	Belgique
<b>End Purpose of the Initiative</b>	
Trois objectifs centraux ont été définis pour le projet: <ul style="list-style-type: none"><li>- amener le point de vue des personnes en pauvreté dans les services publics fédéraux</li><li>- contribuer à la réalisation d'une plus grande accessibilité des services pour tous, et ainsi à la réalisation des droits sociaux fondamentaux</li><li>- créer une nouvelle sorte de fonction au sein de l'administration fédérale</li></ul>	
<b>Main Results</b>	
<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 co-financement a pu être trouvé auprès du FSE.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dans un premier temps, deux médiateurs de terrain ont été engagés au SPP Intégration sociale</li><li>- 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</li><li>- 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</li><li>- 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.</li></ul> <p>Jusqu'à présent, les résultats qui se dégagent sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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</li><li>- une attention plus explicite dans les services concernés pour les possibilités de contribuer à la réalisation des droits sociaux fondamentaux</li><li>- une attention plus explicite pour la reconnaissance de "l'expertise du vécu" au sein de l'administration fédérale.</li></ul> <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"/> Children <input checked="" type="checkbox"/> Single-parent families <input checked="" type="checkbox"/> Unemployed <input checked="" type="checkbox"/> Older people <input checked="" type="checkbox"/> Young People <input checked="" type="checkbox"/> People with disabilities <input checked="" type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input checked="" type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input checked="" type="checkbox"/> Homeless <input checked="" type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/> Personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input checked="" type="checkbox"/> <hr/> <b>Geographical Scope</b> National <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> <hr/> <b>Implementing Body</b> 
Context/Background to the Initiative	
<p>Le fil rouge qui soutient 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.</p> <p>Le projet entend particulièrement s'inscrire dans une certaine vision de la pauvreté et de la lutte contre la pauvreté:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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)</li> <li>- une approche participative de la lutte contre la pauvreté</li> <li>- cadrer avec des initiatives en matière d'accessibilité active et passive des administrations</li> <li>- s'inscrire dans le concept de diversité dans l'administration fédérale</li> </ul>	
Details of the Initiative	
<b>1. Specific Objectives</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- définir puis affiner la fonction et des tâches des médiateurs de terrain dans chaque service</li> <li>- élaborer un cadre financier et juridique pour l'entrée en service et l'évolution des médiateurs de terrain au sein des services</li> <li>- développer un cadre adapté pour le soutien des services (e.a. les coaches et les mentors des médiateurs de terrain)</li> <li>- élaborer un cadre commun pour la formation et le recrutement de médiateurs de terrain</li> <li>- élaborer et adapter une vision et un cadre de référence pour le projet</li> <li>- développer une base (politique et institutionnelle) pour la continuation du projet</li> <li>- 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</li> </ul>	

	<p>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).</p>
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>
	<p>Les étapes suivantes ont été posées pour atteindre les objectifs formulés ci-dessus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place de la formation côté francophone</li> <li>- 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)</li> <li>- 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</li> <li>- élaboration d'un accord de coopération avec les services publics fédéraux qui ont souhaité engager un ou plusieurs médiateur(s) de terrain</li> <li>- accompagnement individuel et collectif des médiateurs de terrain au SPP Intégration sociale</li> <li>- 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</li> <li>- organisation de concertations mutuelles et d'échanges d'expérience entre les services impliqués</li> <li>- mise en place de différents comités d'accompagnement pour le suivi et la continuation du projet (comité d'accompagnement restreint, groupe de pilotage ESF et comité d'accompagnement élargi)</li> <li>- 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)</li> <li>- concertation et adoption d'accords avec les deux instituts de formation</li> <li>- mise en place d'une concertation entre les deux instituts de formation impliqués</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	<p>Première phase: préparation (octobre 2004 - août 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- engagement en octobre 2004 de 2 médiateurs de terrain au sein du SPP IS</li> <li>- engagement d'un coordinateur francophone en avril 2005</li> <li>- demande et obtention du soutien du FSE</li> <li>- accord avec les Régions concernées et les instituts de formation pour la mise en place de la formation côté francophone</li> <li>- engagement d'une coordinatrice néerlandophone en août 2005.</li> </ul> <p>Deuxième phase: recrutement, engagement et détachement des médiateurs de terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recrutement et engagement de 8 médiateurs de terrain francophones en formation</li> </ul>

- 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

Troisième phase: suivi et évaluation

- 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 prévue pour fin 2007
- 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 par l'HIVA et l'ULB (évaluation intermédiaire novembre 2006 et évaluation finale fin 2007)
- 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

**Monitoring and Evaluation**

**How is/was the project monitored/evaluated?**

- 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 intensifs 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

	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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'utilisateurs et de non-utilisateurs, ... -, 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 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</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	<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> <p>1. au niveau des services, on note les défis suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la reconnaissance et la validation d'une autre forme de compétence et d'expertise, à savoir l'expertise du vécu</li> <li>- la difficulté de définir une description de fonction adaptée en dehors des cadres existants</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les difficultés liées à l'intégration des médiateurs dans le service</li> <li>- 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)</li> </ul> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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".</p>
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dialogue est ici essentiel, tant avec les médiateurs de terrain qu'avec les services, les instituts de formation ou les experts externes.</li> <li>- 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 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.</li> <li>- On a également beaucoup investi dans l'accompagnement des médiateurs de terrain ainsi que des services.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	Nous attendons l'évaluation intermédiaire confiée aux institutions de recherche HIVA et ULB.
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>

#### A.2.1.4. b) Le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté

Name of Policy/Project		Member State	
Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté		Belgique - Flandre	
End Purpose of the Initiative			
<p>Le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté et son actualisation sont réalisés grâce à la collaboration entre les différents domaines d'action politique et à la participation des personnes en pauvreté et de leurs organisations. Le Plan d'Action réunit tous les efforts livrés par les différents ministres flamands pour combattre la pauvreté. A côté des mesures à court et à plus long terme, le Plan contient aussi les modalités d'évaluation des politiques menées.</p>			
Main Results			
<p>Le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté 2005-2009 en tant qu'instrument politique pour une politique coordonnée de la pauvreté, ce qui inclut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- participation du groupe cible, dans laquelle les associations où les pauvres prennent la parole et le Réseau flamand se sentent impliqués</li> <li>- description de la vision générale de la politique de la pauvreté</li> <li>- situation de la politique flamande en matière de pauvreté à l'intérieur des politiques fédérale et européenne</li> <li>- objectifs formulés à long terme et à court terme dans chaque domaine d'action</li> <li>- activités concrètes</li> <li>- planning établi pour la mise en œuvre</li> <li>- indicateurs pour mesurer les progrès</li> </ul>			
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 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"/>		
Personnes en pauvreté			
Context/Background to the Initiative			
<p>Depuis 2001, le Gouvernement Flamand établit chaque année un Plan d'Action de lutte contre la pauvreté. Avec le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté, le Plan d'Action bénéficie d'un ancrage structurel, et est construit autour des 10 droits fondamentaux tels que repris dans le Rapport Général sur la Pauvreté.</p> <p>La vision politique qui se trouve à la base du décret pose comme point de départ que la politique en matière de pauvreté est une politique inclusive. Des actions ciblées doivent être entreprises dans les différents domaines et à tous les niveaux, sur la base d'un partenariat entre tous les acteurs concernés. Le partenariat avec les personnes en pauvreté est une nécessité.</p>			



<p>Pour garantir la coordination entre les différents domaines d'action, un instrument a été développé sous la forme d'une concertation horizontale permanente sur la pauvreté, organisée de manière structurelle et systématique.</p>	
<p><b>Details of the Initiative</b></p>	
<p><b>1. Specific Objectives</b></p>	
	<p>Un plan d'action qui soit multi-aspectuel. Il est construit selon les dix droits fondamentaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- droit à la participation</li> <li>- droit à l'assistance sociale</li> <li>- droit à la famille</li> <li>- droit à la justice</li> <li>- droit à la culture</li> <li>- droit à un revenu</li> <li>- droit à l'enseignement</li> <li>- droit à l'emploi</li> <li>- droit au logement</li> <li>- droit à la santé</li> </ul> <p>Un plan d'action qui soit fondé et situé. Cela inclut au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la description de la vision générale de la politique flamande en matière de pauvreté</li> <li>- la situation de la politique flamande en matière de pauvreté par rapport aux politiques fédérale et européenne en la matière</li> <li>- les objectifs formulés à long et à court terme dans chaque domaine d'action</li> </ul> <p>Un plan d'action qui soit concret, qui puisse être suivi et évalué, et qui dispose des instruments nécessaires. cela inclut au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les activités concrètes</li> <li>- le planning établi pour sa mise en œuvre</li> <li>- le rendu des indicateurs pour mesurer les progrès</li> <li>- les instruments posés</li> </ul> <p>le plan d'action est réalisé avec le Réseau flamand des associations où les pauvres prennent la parole. celui-ci représente le groupe cible.</p>
<p><b>2. How did the initiative address these objectives?</b></p>	
	<p>1) La concertation horizontale permanente sur la pauvreté est la concertation entre les différents domaines d'action. Y prennent part les représentants des différentes administrations de la Communauté flamande (fonctionnaires d'attention à la pauvreté). Les missions de la concertation horizontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- préparer des actions dans les différents domaines découlant du Plan d'Action</li> <li>- analyser l'impact et les effets de ces actions</li> <li>- coordonner et faire correspondre les actions des différents niveaux</li> <li>- déterminer les conditions de fonctionnement de la concertation</li> <li>- prendre connaissance des propositions de la concertation verticale dans chaque domaine d'action</li> <li>- évaluer le Plan d'Action</li> </ul> <p>2) Le Réseau flamand fait partie de la concertation horizontale permanente. Celui-ci donne forme à la participation des personnes en pauvreté.</p> <p>3) Un projet de plan d'action est présenté aux personnes en pauvreté</p>

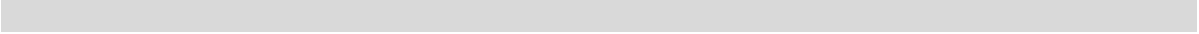
	<p>via des sessions provinciales de consultation. Leurs réflexions et commentaires sont repris dans le plan d'action définitif.</p> <p>4) Une concertation verticale est organisée à l'intérieur de chaque domaine d'action. La concertation verticale a pour tâche de confronter les initiatives politiques spécifiques à la vision et à l'expérience du groupe cible et de proposer des recommandations.</p> <p>5) Un ministre de coordination pour la lutte contre la pauvreté</p> <p>6) Une équipe pauvreté qui coordonne tout au sein de l'administration</p>
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	<p>Neuf mois après sa constitution, le gouvernement flamand doit établir un Plan d'Action de lutte contre la pauvreté valable pour toute la durée de la législature. Chaque année, un projet de Plan d'Action actualisé est soumis aux personnes en pauvreté via des consultations organisées dans les différentes provinces. Leurs réflexions et commentaires sont repris dans le Plan d'Action définitif. Pour le 1er mars, le ministre en charge de la coordination de la lutte contre la pauvreté soumet au gouvernement flamand le Plan d'Action actualisé. Le gouvernement demande alors l'avis de ses organes consultatifs compétents en la matière. Le Plan d'Action actualisé est également transmis au parlement flamand.</p>
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	<p>Evaluation du contenu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- via l'actualisation annuelle</li> <li>- via les concertations permanentes verticales et horizontale</li> <li>- via les consultations provinciales</li> </ul> <p>Evaluation du processus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- via le rapport annuel de la concertation permanente</li> </ul>
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	<p>La réalisation d'un plan flamand de lutte contre la pauvreté veille à ce que soit menée en matière de pauvreté une politique inclusive qui concerne tous les domaines et niveaux d'action. cela demande une évolution dans la manière de penser. La lutte contre la pauvreté va plus loin que le simple bien-être. Elle comprend tous les aspects. Le plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté insiste sur cette multi-aspectualité de la pauvreté et tente d'y apporter une réponse.</p>
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	<p>1) Avant le décret, il n'y avait pas de base légale pour le plan d'action</p> <p>2) Le suivi du plan d'action, son évaluation permanente et les recommandations qui peuvent être faites à tout moment. L'apport des personnes en pauvreté et la façon de le traiter restent un exercice difficile. Il est bien que les personnes en pauvreté aient l'occasion de donner leurs commentaires et remarques sur ce qui est repris dans le plan d'action. Il faut cependant être attentif à ce que cela n'en reste pas là. Il faut que quelque chose soit fait avec ces observations. Sans quoi, la participation n'a que peu de sens.</p> <p>3) La coopération entre fonctionnaires en tant que membres de la concertation permanente d'une part, et le fait que ce soit le niveau</p>

	politique qui d'autre part conduise le processus, exige encore une attention continue.
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En réitérant les consultations provinciales à chaque actualisation. Les gens ont le droit de savoir ce qui a été fait de leur apport. La véritable participation doit aller dans les deux sens. c'est un dialogue.</li> <li>- Par une large diffusion du plan d'action</li> <li>- Par des moments publics consacrés à la politique de la pauvreté</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>
	<p>Danger de la participation ad hoc, dont on ne tire fondamentalement pas grand'chose.</p> <p>La participation des personnes en pauvreté est et reste un exercice ardu.</p>



**Annexe Inclusion 2. Rapport sur la mise en œuvre du PAN Inclusion 2003-2005 et de son actualisation pour 2005-2006**

Afin de laisser le temps aux différentes administrations concernées de rassembler les éléments utiles à l'évaluation, il a été décidé d'établir ce rapport dans un deuxième temps, et au plus tard pour la fin de cette année 2006. Un colloque d'évaluation basé sur ce rapport devrait être organisé début 2007.



### **Annexe Inclusion 3. Toutes les actions en détail**

La version électronique du présent Plan d'Action permet, au départ du texte des sections 2.2.1., 2.3.1. et 2.4.1. (mesures politiques), un accès direct à une présentation détaillée de chaque mesure (description, timing, budget, personnes responsables, impact attendu, dispositifs prévus pour l'évaluation, ...). Les fiches ne sont pas jointes à la version papier, mais peuvent être consultées sur le site de l'administration fédérale de l'intégration sociale (<http://www.mi-is.be/Diensten-Services/NAP/HTML/FR/NAP2006-2008.asp>).

#### **Annexe Inclusion 4. Liste des abréviations utilisées**

AATL	Administration de l'Aménagement du Territoire et du Logement (Région bruxelloise)
AIS	Agence Immobilière Sociale
APL	Association de promotion du logement
AWIPH	Agence wallonne pour l'Intégration des personnes handicapées
AWT	Agence wallonne des Télécommunications
CCC	Commission Communautaire Commune (Bruxelles)
CEC	Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme
CESRW	Conseil Economique et Social de la Région Wallonne
CFWB	Communauté Française Wallonie Bruxelles
CG	Communauté Germanophone
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CTPTE	Cellule Transversale du Pacte Territorial pour l'Emploi (Bruxelles)
DIIS	Direction interdépartementale de l'Intégration sociale (Région wallonne)
DIS	Droit à l'Intégration Sociale
EFT	Entreprise de Formation par le Travail
FLW	Fonds du Logement wallon
FOREM	office wallon de la Formation professionnelle et de l'Emploi
FSE	Fonds Social Européen
IFAPME	Institut wallon de formation en alternance et des indépendants et des petites et moyennes entreprises
KDW	Kenniscentrum voor een Duurzame Woonbeleid (Centre de connaissance pour une Politique durable de l'Habitat)
MET	Ministère wallon de l'équipement et des transports
MRW	Ministère de la Région wallonne
NARA	Netwerk van Administraties / Réseau des Administrations
OISP	Organisme d'Insertion Socio-Professionnelle (Région wallonne)
OMT	Observatoire du Marché du Travail (Bruxelles)
ORBEM	Office Régional Bruxellois pour l'Emploi
PGV	Service Politique des Grandes Villes du SPP IS
Plan HP wallonne)	Plan Habitat Permanent (dans les zones de loisirs) (Région wallonne)
RBC	Région de Bruxelles-Capitale
RGP	Rapport Général sur la Pauvreté
SLRB	Société du Logement de la Région Bruxelloise
SPP IS	Service Public de Programmation Intégration Sociale
SWL	Société wallonne du logement
VGC	Commission communautaire flamande (Bruxelles)

# **Annexe au chapitre III**

## **Le Rapport stratégique national sur les pensions**

Quelques indicateurs communs et données de contexte concernant les trois objectifs communs du domaine stratégique Pensions

### **3.1.1. Objectif stratégique g)**

#### **- Le niveau de vie lors de la mise à la retraite. Taux de remplacement théoriques**

Il est possible d'établir la mesure dans laquelle les prestations de pension sont financièrement suffisantes, lors du passage de l'activité économique à la première année de pension, en calculant le **taux de remplacement théorique net** pour un ensemble de cas-types définis par le sous-groupe Indicateurs du Comité de protection sociale de l'UE. Les cas-types se rapportent uniquement à un homme isolé ayant constitué sa pension dans le régime des travailleurs salariés uniquement, celle-ci étant complétée par une pension du deuxième pilier. Un rendu exhaustif des hypothèses de travail et une explication des résultats de ces calculs figurent dans le Rapport stratégique national belge sur les pensions 2005.

Les principaux résultats de ces calculs figurent dans le tableau ci-dessous. Pour le cas-type de base, dans lequel un salarié du secteur privé comptant une carrière de 40 ans avec un salaire annuel moyen prend sa pension à 65 ans, le taux de remplacement net pour le seul premier pilier de pension est de 63%. En comparaison avec les valeurs obtenues pour les autres Etats membres de l'UE, ce taux est relativement bas pour le cas-type de base. Pour les pensionnés dont la carrière est caractérisée par un niveau de revenus moins élevé (2/3 de la rémunération moyenne), le taux de remplacement net pour le premier pilier en 2004 se situe juste un peu plus haut avec 64%.

Pour les pensionnés présentant un profil de salaire à la hausse pendant leurs 40 ans de carrière, le taux de remplacement théorique net pour le premier pilier en 2004 est moins élevé: respectivement 55% (si la rémunération évolue de 80% à 120% de la rémunération moyenne au cours des 40 ans de carrière) et 44% (si la rémunération évolue de 100% à 200% de la rémunération moyenne au cours des 40 ans de carrière). Ces taux moins élevés sont principalement l'effet du mécanisme des plafonds salariaux, qui font que la rémunération dépassant le plafond ne génère pas de droits supplémentaires à la pension.

Il ressort du tableau ci-dessous que, pour la période 2004-2050, le taux de remplacement théorique net total pour le cas-type de base augmente d'environ 6 points de pour-cent. Une pension du deuxième pilier avec une prime de 4,25% de la rémunération durant l'ensemble des 40 années de carrière contribue de manière substantielle au maintien d'un taux de remplacement satisfaisant à plus long terme. Pour le cas-type de base, le taux de remplacement brut total pour la période 2004-2050 augmente d'environ 4 points de pour-cent. Cette évolution est le résultat d'une baisse du taux brut d'environ 2 points de pour-cent pour le premier pilier, largement compensée par une augmentation de 6 points de pour-cent du taux brut pour le deuxième pilier.

Le taux de remplacement net total augmente d'environ 6 points de pour-cent pour la période 2004-2050.



## Taux de remplacement théoriques pour un salarié isolé avec une carrière de 40 ans.

	Type de base: 100% de la rémunération moyenne				2/3 de la rémunération moyenne		Augmentation de 80 à 120% de la rémunération moyenne		Augmentation de 100 à 200% de la rémunération moyenne	
	2004	2010	2030	2050	2004	2050	2004	2050	2004	2050
Taux de remplacement brut 1 <sup>er</sup> pilier	39,23	40,6	38,16	36,99	43,24	42,24	33,46	31,49	26,96	22,49
Taux de remplacement brut 2 <sup>e</sup> pilier	3,64	5,4	10,19	9,59	0,86	2,26	3,46	7,97	3,37	7,15
Taux de remplacement brut total 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> pilier	42,87	46	48,35	46,58	44,09	44,5	36,92	39,45	30,33	29,65
Taux de remplacement net total	67,29	71,92	76,41	73,75	65,28	65,57	59,86	65,14	49,88	51,97
Taux de remplacement net si seulement 1 <sup>er</sup> pilier	62,81	64,86	63,54	61,47	64,09	62,44	55,31	54,26	43,86	39,63

Source: **Service public fédéral Sécurité sociale.**

### 3.1.2. Objectif stratégique h)

#### - Durabilité financière des systèmes de pension

Le Comité d'étude sur le vieillissement évalue dans le Rapport annuel 2006 une actualisation du coût budgétaire du vieillissement. Il n'a toutefois pas été tenu compte, dans ces estimations les plus récentes, de toutes les mesures du Pacte de solidarité entre les générations.

Il ressort du tableau ci-dessous que le coût budgétaire du vieillissement sur la période 2005-2050 est évalué à 5,8% du PIB. Le coût des pensions s'élève pour cette période à 3,9% du PIB. Pour la période 2005-2011, le coût budgétaire du vieillissement est évalué au montant relativement limité de 0,4% du PIB.

Coût budgétaire du vieillissement 2005-2050 (\*)

Composantes	Coût budgétaire en % du PIB				Modifications relatives en %		
	2005	2011	2030	2050	2005 - 2011	2005 - 2030	2005 - 2050
<b>Pensions</b>	9.1	9.0	12.0	13.0	-0.0	2.9	3.9
- régime des salariés	(5.1)	(5.1)	(7.3)	(7.9)	(0.0)	(2.2)	(2.8)
- régime des indépendants	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(-)	(-)	(-)
- secteur public	(3.3)	(3.1)	(4.1)	(4.5)	0.0	0.0	0.0
<b>Soins de santé et de longue durée</b>	7.1	7.9	9.5	10.8	(-)	(0.8)	(1.2)
- soins de santé "aigus"	(6.2)	(6.8)	(8.0)	(8.6)	0.1	2.4	3.7
- soins "de longue durée"	(0.9)	(1.1)	(1.5)	(2.2)	0.9	(1.8)	(2.4)
Incapacité de travail	1.2	1.2	1.2	1.1	-	(0.6)	(1.3)
Chômage	2.2	2.1	1.3	1.2	-	-0.0	-0.1
Prépensions	0.4	0.4	0.3	0.3	0.0	-1.0	-1.1
Allocations familiales	1.6	1.5	1.2	1.1	-0.2	-0.1	-0.1
Autres dépenses sociales	1.4	1.4	1.4	1.4	-0.0	-0.4	-0.6
					-0.2	-0.0	-0.0
					-0.0		
<b>Total</b>	<b>23.1</b>	<b>23.4</b>	<b>26.8</b>	<b>28.8</b>	<b>0.4</b>	<b>3.8</b>	<b>5.8</b>

(\*) Comité d'étude sur le vieillissement.  
Rapport 2006.

A moyen terme 2005-2011, le coût budgétaire du vieillissement se situe, par rapport à l'estimation publiée dans le Rapport annuel 2005 du Comité, 0,2 points de pour-cent plus haut si l'on tient compte des mesures du Pacte de solidarité entre les générations, dont environ la moitié dans la branche 'pensions'. Au cours de la période suivante (2011-2030), les mesures du Pacte de solidarité entre les générations prises en considération ont un effet positif sur les dépenses: le coût budgétaire du vieillissement est, pour cette période, moins élevé de 0,1 point de pour-cent en comparaison avec les estimations du Rapport annuel 2005.

Les projections du Ageing Working Group (AWG) du printemps 2006 diffèrent profondément pour la Belgique des estimations du Comité d'étude sur le vieillissement présentées ci-dessus. Les projections de l'AWG aboutissent à une plus forte augmentation des dépenses de pensions en % du PIB. Celle-ci doit être attribuée à la hausse plus importante du taux de dépendance. Les dépenses de pensions supplémentaires dans les projections de l'AWG sont la conséquence du fait que la population plus âgée est sensiblement plus importante que dans les projections du Comité d'étude. Cette différence n'est pas tellement la conséquence d'autres hypothèses, comme celle concernant l'espérance de vie, mais s'explique surtout par un solde migratoire plus élevé au début de la période caractérisée par une structure des âges beaucoup plus âgée.

### 3.1.3 Objectif stratégique i)

#### - La société moderne a besoin de systèmes de pension adaptés

Ces dernières années, les femmes sont entrées en très grand nombre sur le marché du travail. Toutefois, des différences significatives entre hommes et femmes en matière de carrière peuvent être constatées: les femmes travaillent plus souvent à temps partiel et interrompent plus souvent leur carrière. Les hommes ont donc plus souvent une carrière plus longue avec moins de périodes assimilées. Les travailleurs salariés masculins qui partent actuellement à la pension (entre 60 et 65 ans) peuvent justifier en moyenne à 58 ans d'une carrière de 37 ans (35 années d'occupation et 2 années d'assimilation), tandis que les salariées féminines justifient en moyenne de 34 années de carrière (26 années d'occupation et 8 années d'assimilation). L'un et l'autre ont pour conséquence que les femmes entrent nettement moins souvent en considération dans les systèmes de pensions fortement basés sur les conditions de carrière.

Il ressort de l'Enquête sur les forces de travail, effectuée par le SPF Economie – Département Statistique et dont les résultats pour la période 1995-2005 figurent dans le tableau ci-dessous, qu'environ 42,6% des femmes travaillaient à temps partiel en 2005, contre 7,8% des hommes.

#### Evolution dans le temps des travailleurs à temps partiel (1995-2005)

Année	Taux de travail à temps partiel (en %)		Total
	Hommes	Femmes	
<b>1995</b>	<b>3,1</b>	<b>33,4</b>	<b>15,4</b>
<b>2000</b>	<b>5,4</b>	<b>39,3</b>	<b>20,0</b>
<b>2002</b>	<b>5,6</b>	<b>39,5</b>	<b>20,3</b>
<b>2005</b>	<b>7,8</b>	<b>42,6</b>	<b>23,4</b>

Source: SPF Economie – Département Statistique; Eurostat, Enquête sur les forces de travail.

# **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**

### **4.2. Les exemples de « good practice »**

### **4.3. L'analyse statistique santé**

---

## 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***)<sup>78</sup>;
- 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. En ce qui concerne la politique de santé, elles sont compétentes :

---

<sup>78</sup> 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 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'agréer les hôpitaux généraux et psychiatriques dans le respect des normes d'agrément fédérales ;
- d'agréer 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 d'Hygiène, 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 vaccinés.

#### **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**

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 sociale<sup>79</sup> 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**).

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 %), 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,...

Le budget de l'assurance soins de santé est élaboré au sein de 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 peut se résumer comme suit :

- Les Commissions de Conventions et d'Accords, composées de représentants des prestataires de soins et des organismes assureurs, déterminent des besoins de leur secteur (biologie, radiologie, pharmacie, chirurgie,...). Elles recueillent l'avis des conseils techniques correspondants. Ceux-ci suggèrent les modifications de nomenclature dans leur domaine (introduction ou suppression de prestations remboursées). Ils établissent une prévision du montant des dépenses projetées sur la base d'extrapolations des consommations moyennes des 4 ou 5 dernières

---

<sup>79</sup> 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 ...)

années, en tenant compte de l'évolution de l'indice des prix, des modifications de nomenclature, des évolutions dans la structure de la population.

- 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.
- Le Conseil général, qui comprend les différents financeurs du système (autorités de tutelle, travailleurs et employeurs) et les organismes assureurs, fixe l'objectif budgétaire global, à l'aide de la proposition du Comité de l'assurance et de l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire. Si le Conseil général n'approuve pas les propositions faites par le Comité de l'Assurance, il en avise le Ministre. Le Conseil des Ministres peut alors fixer sur proposition du Ministre des Affaires sociales le montant de l'objectif annuel global et les budgets globaux.

### **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 ?**

À l'heure actuelle, la couverture des travailleurs salariés (et assimilés) se distingue de celle des travailleurs indépendants. Si les travailleurs salariés sont couverts<sup>80</sup> 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 mais aussi les interventions chirurgicales majeures, les

---

<sup>80</sup> En tout le régime des travailleurs salariés comprend 26 catégories de prestations remboursables



services techniques spécifiques et les traitements spécifiques de certaines maladies telles que le cancer, la tuberculose, les maladies mentales, les maladies et les malformations congénitales, etc.), les travailleurs indépendants ne sont en principe couverts que pour ces derniers. S'ils souhaitent se couvrir pour les petits risques, ils peuvent souscrire auprès d'une mutualité une assurance complémentaire, moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

*Cependant, le gouvernement a décidé d'étendre la couverture des petits risques aux indépendants, partiellement à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, complètement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008<sup>81</sup>.*

#### **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 et de certains autres organes de l'INAMI regroupant les prestataires concernés et les organismes assureurs. De même, toute une série de commissions de conventions ou d'accords réunissant les organismes assureurs et les représentants des prestataires concernés (exemple : commission nationale médico-mutualiste, où siègent les médecins, commission de convention bandagistes-organismes assureurs,...) négocient le prix des prestations dans le cadre du budget.

#### **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 EUR<sup>82</sup>.

---

<sup>81</sup> En fait, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006, ce sera le cas pour les pensionnés en état de besoin (c'est-à-dire les bénéficiaires de la GRAPA) et pour les personnes qui entament pour la 1<sup>ère</sup> fois une activité d'indépendant à titre principal à partir du 30 juin 2006. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, ce sera le cas de tous les indépendants.

<sup>82</sup> Notons quand-même que ce montant ne couvre que les spécialités remboursables. Les médicaments non-remboursés restent à charge du patient.

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 (13.246,34 EUR augmentés de 2.452,25 EUR par personne à charge, montants au 01/08/2005) ou qui, en raison de la situation sociale dans laquelle elles se trouvent, sont considérées comme remplissant ces conditions en matière de revenus. 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 plus qu'un montant déterminé en matière de soins de santé remboursables et nécessaires<sup>83</sup>, 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 familles qui ont réellement payé 450 EUR de quotes-parts personnelles et dont un des membres bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance ou est une personne qui a droit à une allocation pour personne handicapée. 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 toutes les familles<sup>84</sup> et prévoit également un remboursement lorsqu'elles ont payé des quotes-parts personnelles supérieures au montant de référence qui leur est applicable, compte tenu de leur revenus annuels nets<sup>85</sup>.

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.

- La création du « **dossier médical global** » (DMG) Le dossier médical global est un ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui font l'objet d'un traitement manuel ou informatisé. Son but est d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes médicaux posés, ainsi que les prescriptions contradictoires. Le médecin généraliste- gestionnaire du DMG transmet, moyennant le consentement du patient, toutes les données nécessaires et utiles aux collègues, médecins généralistes ou spécialistes, qui traitent le patient en question, ce qui permet d'améliorer la communication avec ces autres prestataires. Depuis le 1er mai 2002, le dossier médical global permet, à toute personne qui souhaite posséder un tel dossier, de bénéficier d'une réduction de 30

---

<sup>83</sup> 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).

<sup>84</sup> La famille prise en considération pour le MAF revenus est la famille telle qu'est composée selon les données du Registre national.

<sup>85</sup> <http://www.riziv.fgov.be/secure/fr/maf/>

% sur le montant de son ticket modérateur (quote-part personnelle dans le prix des soins) en cas de consultation d'un médecin généraliste.

### **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 et la biologie clinique. 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 système similaire est applicable vis-à-vis des médicaments : le patient qui se rend dans une pharmacie en vue d'acquérir des médicaments remboursables prescrits par son médecin ne paiera qu'une partie du prix total du médicament (qui correspond à son intervention personnelle)<sup>86</sup>. L'application du régime du tiers-payant dans le secteur ambulatoire est également possible mais sous certaines conditions et au bénéfice de certaines catégories de la population.

---

<sup>86</sup> Pour autant que le patient présente sa carte SIS ou que le pharmacien dispose des « données mutuelles ». Notons que le tiers-payant pour un assuré étranger présentant sa CEAM est difficile, voire impossible, car le pharmacien ne dispose pas des données nécessaires pour appliquer le tiers payant.

## Annexe 4.2. Les exemples de « Good Patrice »

### 4.2.1. Le « Maximum à Facturer » en tant qu'outil assurant une meilleure accessibilité financière des soins de santé

Name of Policy/Project		Member State	
Maximum à facturer		Belgique	
End Purpose of the Initiative			
Assurer une meilleure accessibilité financière des soins de santé.			
Main Results			
L'annexe bis 4.2.1. donne pour la période 2002 - 2005 un aperçu du nombre de familles et de personnes ayant obtenu un remboursement en application du maximum à facturer.  Les données sont réparties par domaine d'application du maximum à facturer.  Les données relatives à l'exercice 2005 sont encore incomplètes.			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input checked="" type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input 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 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 checked="" 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"/>	Institut national d'assurance maladie-invalidité	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
Le maximum à facturer a été introduit suite à la constatation qu'en dépit des mesures existant déjà pour garantir un accès financier plus aisé aux soins de santé, les familles confrontées de manière répétée ou continue à des frais de santé bénéficiaient encore d'une protection insuffisante.			
Details of the Initiative			
<b>1.</b>	<b>Specific Objectives</b>		
	Plafonner les interventions personnelles dans les frais de soins de santé des ménages, en fonction de leurs revenus.		
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>		
	L'assurance obligatoire soins de santé intervient dans les dépenses de soins de santé à concurrence d'un certain pourcentage du tarif officiel. Le mécanisme du maximum à facturer assure que, par année civile, la totalité de la partie qui reste à charge de l'assuré ne dépasse pas un certain montant par ménage,		

	montant qui dépend des revenus. Lorsque ce montant est atteint, l'assurance obligatoire rembourse l'intégralité des frais (au tarif officiel) supportés par le ménage durant le reste de la même année.
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	La mesure a été introduite en juillet 2002.
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	<p>1) Une cellule spéciale a été créée au sein du Service du Contrôle administratif, chargée de suivre le processus complet de l'application du maximum à facturer par les organismes assureurs. Cette cellule sert par exemple de relais pour toute information nécessaire que les organismes assureurs doivent connaître en matière de revenus. Ces questions sont transmises par les organismes assureurs au Service du Contrôle administratif, qui les communique à son tour à l'administration fiscale pour y donner suite. La réponse de l'administration fiscale aux organismes assureurs transite par le Service du Contrôle administratif.</p> <p>2) Une étude approfondie relative au maximum à facturer est en cours au Centre fédéral de connaissance des soins de santé.</p>
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	<p>Les annexes ter et quater aux pages suivantes présentent les données suivantes pour l'exercice 2005 (dépenses portées en compte par les organismes assureurs) :</p> <p>* annexe ter 4.2.1</p> <p>A l'annexe ter 4.2.1. figurent, par classe d'âge, les dépenses portées en compte et les tickets modérateurs effectivement payés. Ces données ne tiennent PAS compte de l'application du maximum à facturer. L'annexe comprend également les coûts moyens par assuré. La colonne "ticket modérateur %" donne le rapport entre les tickets modérateurs effectivement payés et la somme des remboursements (dépenses) et des tickets modérateurs. La "charge" moyenne du ticket modérateur = 8,32%</p> <p>* annexe quater 4.2.1</p> <p>L'annexe quater 4.2.1 contient des données analogues APRES application du maximum à facturer. Les totaux permettent de constater qu'un montant d'environ 200 millions EUR est "transféré" de la colonne "tickets modérateurs" vers la colonne "dépenses". Il s'agit là de l'application du maximum à facturer: une partie des tickets modérateurs effectivement payés est convertie en "dépenses" parce qu'ils sont remboursés aux assurés dans le cadre du maximum à facturer. Il en résulte une réduction de la charge moyenne du ticket modérateur à 7,23%.</p>
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	1. La mise en oeuvre du maximum à facturer nécessite un échange de données entre différentes Administrations. Certaines de ces données sont "sensibles" (données relatives aux revenus) et requièrent qu'une attention particulière soit donnée au respect de la vie privée.

	<p>2. Le maximum à facturer peut aboutir à un double remboursement des interventions personnelles des assurés lorsque d'autres systèmes prévoient leur prise en charge (en particulier dans le cadre d'assurances complémentaires).</p>
<b>3.</b>	<p><b>How were these obstacles and risks addressed?</b></p> <p>1. Des flux d'informations ont été créés via la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, ainsi qu'entre l'INAMI et l'Administration fiscale, selon des principes qui garantissent au maximum le respect de la vie privée.</p> <p>2. Un projet vise à créer un flux d'information permettant aux personnes prenant en charge des interventions personnelles de savoir qu'un assuré déterminé a droit au maximum à facturer, afin qu'elles puissent en tenir compte dans leurs propres remboursements.</p>
<b>4.</b>	<p><b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b></p> <p>Le point faible du système est le délai qui existe entre le moment où les personnes ont supporté les frais et celui auquel elles seront remboursées. Une réforme récente a permis de raccourcir ce délai dans certains cas, mais il subsiste toujours un décalage inhérent à la nécessité de vérifier une série de données et de consulter le cas échéant l'assuré lui-même.</p>

### **ANNEXE bis 4.2.1**

#### **MAF 2002**

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF revenus	163.294	295.217	68.162.136,00
MAF social	165.249	397.625	50.599.410,34
Franchise sociale	-	-	1.607.782,15
Enfant, moins de 16 ans	-	2.890	708.291,78
Allocations familiales majorées	-	1.036	350.689,62
<b>TOTAL</b>	<b>328.543</b>	<b>696.768</b>	<b>121.428.309,89</b>

#### **MAF 2003**

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF social	194.667	418.458	62.870.444,62
MAF faibles revenus	94.737	154.626	36.180.585,01
MAF revenus modérés	119.202	219.849	53.925.348,85
Allocations familiales majorées	-	1.609	276.840,59
Enfant, moins de 16 ans	-	4.001	983.734,29
<b>TOTAL</b>	<b>408.606</b>	<b>798.543</b>	<b>154.236.953,36</b>

**MAF 2004**

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF social	204.456	425.967	75.641.719,63
MAF faibles revenus	91.398	150.139	40.851.030,35
MAF revenus modérés	123.577	233.353	62.480.644,49
Allocations familiales majorées		774	284.734,29
Enfant, moins de 19 ans		5.432	1.567.315,58
<b>TOTAL</b>	<b>419.431</b>	<b>815.665</b>	<b>180.825.444,34</b>

**MAF 2005 – situation au 10-07-2006**

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF social	211.796	442.819	70.778.547,26
MAF revenus (€ 450)	100.051	167.316	39.650.429,84
MAF revenus (€ 650)	131.014	248.278	63.427.699,09
MAF revenus (€ 1.000)	37.203	76.506	19.220.665,10
MAF revenus (€ 1.400)	9.862	21.070	6.189.131,31
MAF revenus (€ 1.800)	12.914	31.804	7.679.437,16
Allocations familiales majorées		648	247.337,34
Enfant, moins de 19 ans		5.521	1.573.861,73
<b>TOTAL</b>	<b>502.840</b>	<b>993.962</b>	<b>208.767.108,83</b>



**ANNEXE ter 4.2.1**

Total sans MAF exercice 2005				dépenses SANS maximum à facturer				
classe	dépenses	tickets modérateurs (*)	assurés	coûts		ticket modérateur % (*)	classes d'âge	
				dépenses	tickets modérateurs			
1	449.572.142,12	45.396.197,93	510.288	881,02	88,96	9,17	< =	4
2	340.609.534,77	34.087.825,82	583.909	583,33	58,38	9,10	5	9
3	313.131.331,82	35.747.872,72	615.799	508,50	58,05	10,25	10	14
4	381.794.366,40	37.833.122,80	623.296	612,54	60,70	9,02	15	19
5	424.819.820,48	44.735.062,94	621.926	683,07	71,93	9,53	20	24
6	549.318.212,84	62.237.072,06	656.083	837,27	94,86	10,18	25	29
7	626.918.174,42	71.167.976,15	695.620	901,24	102,31	10,19	30	34
8	678.279.903,42	76.048.903,19	753.583	900,07	100,92	10,08	35	39
9	793.897.778,11	87.353.102,77	802.956	988,72	108,79	9,91	40	44
10	905.538.625,98	98.007.577,25	768.233	1.178,73	127,58	9,77	45	49
11	1.028.526.271,74	109.711.459,64	701.297	1.466,61	156,44	9,64	50	54
12	1.161.152.268,94	119.727.920,17	664.063	1.748,56	180,30	9,35	55	59
13	1.081.593.351,21	105.943.490,31	503.984	2.146,09	210,21	8,92	60	64
14	1.312.292.536,01	123.007.798,57	490.523	2.675,29	250,77	8,57	65	69
15	1.566.451.218,96	137.906.895,02	469.038	3.339,71	294,02	8,09	70	74
16	1.743.255.540,57	137.066.770,33	401.569	4.341,11	341,33	7,29	75	79
17	1.681.492.407,72	113.873.501,84	296.617	5.668,90	383,91	6,34	80	84
18	927.182.009,53	49.723.184,35	122.594	7.563,03	405,59	5,09	85	89
19	573.360.256,79	22.688.990,66	56.979	10.062,66	398,20	3,81	90	94
20	185.046.293,10	5.595.283,47	15.133	12.228,00	369,74	2,93	> =	95
	16.724.232.044,93	1.517.860.007,99	10.353.490	1.615,32	146,60	8,32		

(\*) SANS application maximum à facturer

**ANNEXE quater 4.2.1**

total avec corr. MAF exercice 2005				dépenses AVEC maximum à facturer			ticket modérateur %	classes d'âge	
classe	dépenses	tickets modérateurs (*)	assurés	coûts dépenses	coûts tickets modérateurs	(*)			
1	452.013.810,32	42.954.529,73	510.288	885,80	84,18	8,68	< =	4	
2	342.260.437,62	32.436.922,97	583.909	586,15	55,55	8,66	5	9	
3	314.780.547,60	34.098.656,94	615.799	511,17	55,37	9,77	10	14	
4	384.080.586,33	35.546.902,87	623.296	616,21	57,03	8,47	15	19	
5	427.593.257,27	41.961.626,15	621.926	687,53	67,47	8,94	20	24	
6	552.997.704,41	58.557.580,49	656.083	842,88	89,25	9,58	25	29	
7	630.784.555,24	67.301.595,33	695.620	906,79	96,75	9,64	30	34	
8	682.936.890,21	71.391.916,40	753.583	906,25	94,74	9,46	35	39	
9	799.844.939,19	81.405.941,69	802.956	996,13	101,38	9,24	40	44	
10	912.386.416,69	91.159.786,54	768.233	1.187,64	118,66	9,08	45	49	
11	1.036.623.124,42	101.614.606,96	701.297	1.478,15	144,90	8,93	50	54	
12	1.171.199.954,15	109.680.234,96	664.063	1.763,69	165,17	8,56	55	59	
13	1.093.491.855,74	94.044.985,78	503.984	2.169,70	186,60	7,92	60	64	
14	1.331.626.392,83	103.673.941,75	490.523	2.714,71	211,35	7,22	65	69	
15	1.594.725.744,51	109.632.369,47	469.038	3.399,99	233,74	6,43	70	74	
16	1.776.124.840,33	104.197.470,57	401.569	4.422,96	259,48	5,54	75	79	
17	1.711.839.994,60	83.525.914,96	296.617	5.771,21	281,60	4,65	80	84	
18	941.123.362,21	35.781.831,67	122.594	7.676,75	291,87	3,66	85	89	
19	579.648.691,18	16.400.556,27	56.979	10.173,02	287,84	2,75	90	94	
20	186.440.124,44	4.201.452,13	15.133	12.320,10	277,64	2,20	> =	95	
	16.922.523.229,29	1.319.568.823,63	10.353.490	1.634,48	127,45	7,23			

(\*) AVEC application maximum à facturer

**4.2.2. Les politiques de dépistage du cancer du sein visant une détection la plus rapide possible des tumeurs afin d'augmenter l'efficacité des traitements**

Name of Policy/Project		Member State	
Programme de dépistage par mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans		Belgique – Communauté flamande et française	
End Purpose of the Initiative			
Détecer la tumeur le plus rapidement possible afin de faciliter le traitement effectif et de réduire ainsi la mortalité due à la maladie			
Main Results			
Les indicateurs précoces de substitution de l'impact du programme sur la mortalité due au cancer du sein sont conformes aux recommandations européennes			
La participation est assez faible (Flandre : 35%)			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input 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 type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>	<b>Geographical Scope</b>	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input checked="" type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	<b>Implementing Body</b>	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>	Federal State and Communities	
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input checked="" type="checkbox"/>		
Women 50-69			
Context/Background to the Initiative			
Les recommandations des experts en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, basées sur les résultats d'études, ont réveillé qu'un dépistage par mammographie peut réduire la mortalité due au cancer du sein			
Details of the Initiative			
<b>1. Specific Objectives</b>			
- augmenter le nombre de femmes atteintes de tumeurs bénignes sans nodosité (Communauté flamande; les tumeurs invasives découvertes ne peuvent dépasser 1 cm)			
- accroître la participation des femmes dans la population cible			

	- réduire le nombre d'examens superflus
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>
	<p>- Communauté flamande et française: programme de qualité garantie avec contrôle de la qualité des procédures et des processus de dépistage et évaluation à tous les niveaux</p> <p>- Communauté française: invitation personnelle pour mammographie</p> <p>La Communauté flamande participe de deux manières au programme de dépistage: - adhésion des médecins généralistes - invitation personnelle</p>
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	<p>Communauté française: le programme est actuellement planifié jusqu'en décembre 2009</p> <p>La Communauté flamande n'a pas prévu de date de fin d'application du programme</p>
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	<p>- Contrôle de qualité permanent des procédures et des processus de dépistage, des performances radiographiques et radiologiques et des équipements</p> <p>- Evaluation conformément aux recommandations européennes</p>
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	<p>La qualité du dépistage par mammographie s'est fortement améliorée</p> <p>Les indicateurs précoces de substitution de l'impact du programme sur la mortalité due au cancer du sein sont conformes aux recommandations européennes</p> <p>La participation est en augmentation mais n'est pas encore assez élevée</p> <p>Une évolution se dessine, d'une mammographie diagnostique opportuniste (sans présomption de cancer, donc en fait dans un but de prévention) à un dépistage préventif par mammographie (dans le cadre du programme)</p>

<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	Pourcentage élevé de dépistages opportunistes
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	<p>Communication au sujet du programme et de ses résultats au public et aux femmes de la population cible en particulier</p> <p>Sensibilisation des femmes de la population cible</p> <p>Collaboration et concertation entre les partenaires concernés (radiologues, médecins généralistes, différents gouvernements, réseaux locaux et régionaux, physiciens, mutualités, ...)</p>
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>
	<p>Le réseau constitué par les médecins généralistes, les spécialistes et les travailleurs de la santé s'est amélioré.</p> <p>Le cancer du sein devient de moins en moins un sujet tabou</p> <p>La qualité du dépistage par mammographie à des fins diagnostiques s'est améliorée.</p> <p>La collaboration entre les différents gouvernements en Belgique s'est améliorée et a débouché sur des résultats positifs, énumérés ci-dessus.</p>

**4.2.3. Le projet « Coma » en tant que filière de soins adaptée pour les patients en état neuro-végétatif persistant (ENVP) ou pauci-relationnel (EPR)**

Name of Policy/Project	Member State
Filière de soins adaptée pour les Patients en état neuro-végétatif persistant (ENVP)ou pauci-relationnel (EPR).	BELGIQUE
<b>End Purpose of the Initiative</b>	
<p>Objectif général</p> <p>Offrir des soins adéquats au bon patient, au bon moment, au bon endroit et avec les bons moyens, tout en s'assurant de la continuité à l'intérieur même du circuit de soins. Il s'agit donc d'obtenir une adéquation optimale entre une offre de soins homogène et les besoins en revalidation et soins chroniques.</p>	
<b>Main Results</b>	
<p>Opérationnalisation du circuit de soins.</p> <p>1. La fonction de liaison externe ne reste pas lettre morte. Grâce à elle, l'équipe du centre hospitalier d'expertise fait connaissance avec les MRS vers lesquelles elle adresse les patients. Ainsi, non seulement la compréhension mutuelle s'en trouve améliorée mais les familles des patients en ENVP ou en EPR sont également mieux informées. Ces deux éléments contribuent à promouvoir la qualité des soins et des services fournis.</p> <p>La qualité est également favorisée par le fait que l'équipe de la MRS peut acquérir des compétences supplémentaires par le biais des formations offertes dans le cadre de la liaison externe.</p> <p>2. Le projet pilote favorise la collaboration multidisciplinaire.</p> <p>3. Pour la première fois, une coopération transsectorielle est organisée dans un cadre officiel.</p> <p>4. Le référent hospitalier pour la continuité des soins joue un rôle central dans le réseau de soins.</p> <p>5. La répartition géographique des centres hospitaliers d'expertise et des MRS sélectionnés permet au patient d'être pris en charge à proximité de chez lui.</p> <p>6. Étant donné que la plate-forme fédérale d'experts se compose d'un représentant de chacun des centres hospitaliers d'expertise et d'un nombre équivalent des représentants des soins de longue durée, le terrain se voit offrir la possibilité d'être en contact direct avec les autorités ; ce qui permet de chercher ensemble des solutions aux problèmes posés.</p>	

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input 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 checked="" type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input checked="" type="checkbox"/> Long-term Care <input checked="" type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/> <hr/> <b>Geographical Scope</b> National <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> <hr/> <b>Implementing Body</b> 
Context/Background to the Initiative	
<p>Chaque jour, des personnes sont victimes d'une sérieuse lésion cérébrale aiguë causée par un accident de la route, un accident domestique, un accident du travail, une attaque cardiaque avec anoxie cérébrale, un infarctus ou une hémorragie cérébrale (maladie non-congénitale du système nerveux). Il peut en résulter un état comateux et s'il n'y a pas de récupération complète de celui-ci, une évolution vers un état neurovégétatif persistant (ENVP) ou pauci-relationnel (EPR). Ce type de patient représente une part non négligeable de l'ensemble de la problématique des patient présentant des maladie chroniques non congénitales du système nerveux. Pour l'ensemble de ces patients, c'est essentiellement l'absence de structures d'hébergement et de soins adapté qui pose problème. En effet, dans la phase chronique de leur affection, ces patients séjournent dans diverses structure qui n'ont pas vocation de répondre, de manière continue, globale et spécifique, à leurs besoins en soins lourds. Ceci pose des problème à la fois sur le plan de la qualité des soins (non adéquation des ressources humaines et matérielles), sur le plan de l'accessibilité aux soins.</p>	
Details of the Initiative	
<b>1.</b>	<b>Specific Objectives</b> Objectif spécifique  La création d'un réseau de soins adapté pour les patients en état neurovégétatif persistant (ENVP) ou en état pauci-relationnel (EPR).  Prodiguer des soins de qualités adaptés aux besoins spécifiques de ces patients
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b> En vue de résoudre le problème susmentionné, les pouvoirs publics fédéraux, les Communautés et les Régions ont conclu le protocole concernant « La politique de santé à mener à l'égard de patients en état

neurovégétatif persistant » (24/05/2004, MB 27/09/2004). Les Centres hospitaliers d'expertise

Grâce à ce protocole, un réseau de soins adapté est créé pour les patients en ENVP ou en EPR. On peut représenter schématiquement ce réseau de soins de la manière suivante :

Les Centres hospitaliers d'expertise

Après stabilisation des fonctions vitales du patient en hôpital général, la filière de soins prévoit :- Une hospitalisation de transition dans un centre hospitalier d'expertise qui, durant la période de réveil (6 mois en moyenne), prévoit une phase de révalidation pluridisciplinaire spécialisée.- Des soins adaptés à long terme :  
- dans une maison de repos et de soins spécialisée- dans une institution de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) ou dans un nursinghome du Fonds Flamand pour l'intégration sociale des personnes handicapées (VFSIPH)- au domicile, en collaboration avec les services intégrés de soins à domicile (SISD)

La qualité et la continuité des soins de longue durée est garantie par une collaboration étroite durable avec les centres d'expertise (liaison externe). Ainsi, des formations seront régulièrement mises en place et une bonne continuité sera assurée. A cet effet, le centre d'expertise donnera, dès que nécessaire, des avis spécialisés à l'équipe de soins du patient transféré.

1) Les Centres hospitaliers d'expertise (14 centres: 80 lits)

Dès que son état de santé est stabilisé, le patient quitte l'hôpital général et est transféré vers un des centres hospitaliers d'expertise, spécialisé dans l'accueil et la révalidation des patients en ENVP ou EPR. Après un bilan global, un programme de révalidation intensif et spécifique de 6 mois en moyenne doit offrir au patient des chances maximales de réveil et de rétablissement. Les soins et interventions dispensés créent les conditions optimales pour le rétablissement et la prévention des complications. Quand une révalidation intensive n'est plus indiquée, une solution pour l'accompagnement de longue durée sera recherchée en concertation avec la famille. Dans ce cadre, les centres hospitaliers d'expertise ont une convention de collaboration (liaison externe) avec les MRS spécialisées, les institutions de l'AWIPH, les nursinghomes du VFSIPH et les SISD, afin de garantir une continuité des soins optimale.

Les missions des centres hospitaliers d'expertise au travers de la liaison externe sont :- Développer et diffuser des critères de bonne pratique professionnelle ; - Maintenir la continuité des soins aux patients dans des conditions optimales ; - Assurer la formation continue aux équipes de soins des structures de longue durée ; - Préparer en concertation le transfert du patient

2) Les soins de longue durée : en MRS spécialisées (30 MRS - 165 lits)

A la sortie du centre hospitalier d'expertise, le patient peut être pris en



charge dans une MRS retenue dans le cadre de la filière de soins. Les MRS spécialisées disposent d'un encadrement en personnel et d'une infrastructure adaptée pour le groupe cible. Elles garantissent un accueil et un accompagnement de qualité dans un environnement familial et mettent l'accent sur le confort et les soins au patient. La continuité des soins est assurée par la collaboration durable avec le centre hospitalier d'expertise assurant des formations et formulant des avis.

Les soins de longue durée à domicile\* en institution de l'AWIPH, SBFPH ou du VFSIPH

A la sortie du centre hospitalier d'expertise, le patient peut être pris en charge à son domicile ou dans une institution de longue durée dépendant de l'AWIPH, SBFPH ou du VFSIPH. Le patient reçoit un forfait financier lui permettant de couvrir le matériel qui lui est nécessaire. Si le patient est à son domicile, une concertation pluridisciplinaire pourra être organisée avec les SISD ainsi que la réalisation d'un plan de soins tenant compte de l'ensemble des intervenants.

Dans le cadre du protocole, une plate-forme fédérale d'experts a été créée pour l'évaluation de ce projet ; elle se compose d'un représentant de chaque centre hospitalier d'expertise et d'un nombre équivalent de représentants des soins de longue durée. Un représentant de chaque Communauté et Région fait également partie de la plate-forme. La présidence et le secrétariat en sont assurés par le SPF Santé Publique

**3. What is/was the timescale for implementing the initiative?**

Ce projet a d'abord été implémenté dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de 2 années. L'évaluation de cette période pilote vient de se terminer et au vu des résultats, le Ministre de la Santé publique a décidé de rendre structurel cette filière de soins

Des normes d'agrément et de financement seront donc prises en tenant compte des recommandations de la plate-forme fédérale d'experts mise en place dans le cadre de ce projet. Celle-ci préconise une augmentation de 21% du nombre de lits d'expertise ainsi qu'une augmentation du financement de la liaison externe, facteur de succès essentiel au fonctionnement du circuit !

Ce projet est un excellent modèle de soins totalement intégrés et pourra très certainement servir de base de réflexion pour la réforme du secteur de la revalidation ainsi que pour la recherche de solution à la prise en charge des autres maladies non congénitales du système nerveux.

**Monitoring and Evaluation**

**How is/was the project monitored/evaluated?**

Dans le cadre du protocole, une plate-forme fédérale d'experts a été créée pour l'évaluation de ce projet ; elle se compose d'un représentant de chaque centre hospitalier d'expertise et d'un nombre équivalent de

	<p>représentants des soins de longue durée. Un représentant de chaque Communauté et Région fait également partie de la plate-forme. La présidence et le secrétariat en sont assurés par le SPF Santé Publique</p> <p>Cette plate-forme a développé un rapport d'activité standard pour les centres d'expertise dans lequel des données quantitative et qualitative ont été rassemblées. Dans l'objectif d'évaluer ce projet de la manière la plus complète possible, après 2 années de fonctionnement, un questionnaire semi ouvert a été envoyé aux MRS participant au projet ainsi qu'aux Services Intégrés de Soins à Domicile.</p> <p>Sur une période de 2 ans des données épidémiologiques, médicale et clinique ont été rassemblées pour les 392 patients qui ont bénéficiés de cette nouvelle filière de soins.</p> <p>Afin de pouvoir étudier en profondeur certains aspect particulier de ce nouveaux modèle de soins, la plate-forme d'expert a décidé de créer différents groupe de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visibilité du projet</li> <li>- Rapport médical</li> <li>- rapport d'activité pour les centres d'expertise</li> <li>- besoins de matériel de soins spécifique en MRS</li> <li>- Ethique</li> <li>- Guideline</li> </ul>
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	<p>Les objectifs de départ ont été entièrement réalisés</p> <p>1. La fonction de liaison externe ne reste pas lettre morte. Grâce à elle, l'équipe du centre hospitalier d'expertise fait connaissance avec les MRS vers lesquelles elle adresse les patients. Ainsi, non seulement la compréhension mutuelle s'en trouve améliorée mais les familles des patients en ENVP ou en EPR sont également mieux informées. Ces deux éléments contribuent à promouvoir la qualité des soins et des services fournis.</p> <p>La qualité est également favorisée par le fait que l'équipe de la MRS peut acquérir des compétences supplémentaires par le biais des formations offertes dans le cadre de la liaison externe.</p> <p>2. Le projet pilote favorise la collaboration multidisciplinaire.</p> <p>3. Pour la première fois, une coopération transsectorielle est organisée dans un cadre officiel.</p> <p>4. Le référent hospitalier pour la continuité des soins joue un rôle central dans le réseau de soins.</p> <p>5. La répartition géographique des centres hospitaliers d'expertise et des MRS sélectionnés permet au patient d'être pris en charge à proximité de</p>

	<p>chez lui.</p> <p>6. Étant donné que la plate-forme fédérale d'experts se compose d'un représentant de chacun des centres hospitaliers d'expertise et d'un nombre équivalent des représentants des soins de longue durée, le terrain se voit offrir la possibilité d'être en contact direct avec les autorités ; ce qui permet de chercher ensemble des solutions aux problèmes posés.</p>
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	<p>Le projet n'est pas encore suffisamment connu par le secteur.</p> <p>Problème d'accessibilité des patients au soins de longue durée en MRS, le coût pour le patient reste très élevé et nettement supérieur au coût des soins à domicile et en nursing home.</p> <p>Nombre insuffisant de lits dans les centres d'expertise.</p> <p>Taux d'occupation dans les MRS très différent d'une province à l'autre (de 0% à 138%)</p> <p>Un certain nombre de patient ENVP-EPR échappe à la filière et vont dans des centre non reconnu</p> <p>Les institutions pour personnes handicapées ne participe pas réellement à la filière, sur les 392 patients suivi seuls 2 ont été transférés vers un Nursing home dépendant de VFSIPH.</p>
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	<p>La publicité du projet via, entre autres, une brochure d'information et un symposium est essentielle pour donner à ce projet transsectoriel innovant une place dans le paysage des soins.</p> <p>Augmentation du nombre de lits en centre d'expertise de 21% sera probablement réalisée en 2007.</p> <p>Discussion prévue avec les Communautés et les Régions éventuellement revoir la distribution des MRS et le rôle de l'AWIPH et du VFSIPH dans le circuit de soins.</p>
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>

**4.2.4. Le protocole interministériel « personnes âgées » n° 3 répartissant sur 6 ans le cadre budgétaire et organisationnel des investissements de soins aux personnes âgées dans les différentes communautés et région**

Name of Policy/Project	Member State
Protocole 3 CONCLU ENTRE LE GOUVERNEMENT FEDERAL ET LES AUTORITES VISEES AUX ARTICLES 128, 130, 135 ET 138 DE LA CONSTITUTION, CONCERNANT LA POLITIQUE DE LA SANTE A MENER A L'EGARD DES PERSONNES AGEES	BELGIQUE
<b>End Purpose of the Initiative</b>	
<p>Les accords sociaux qui ont été conclus en 2005 pour le secteur du non-marchand ont pour but d'arriver à un meilleur encadrement et à une diminution de la pression du travail. Dans ce cadre, le texte suivant a été inscrit dans les accords: "dans le cadre de l'équivalent d'une reconversion de 28.000 lits MRPA en M.R.S. selon le principe des « équivalents MRS » : création de 2.613 E.T.P, dont 70 E.T.P. sont destinés aux services de soins infirmiers à domicile afin de pouvoir développer pour les personnes en dépendance grave résidants à domicile une offre de soins dans une collaboration innovatrice entre soins primaires et institutions qui évite ou post-pose l'institutionnalisation. Les secteurs des maisons de repos et des services des soins infirmiers à domicile seront impliqués dans la concertation interministérielle qui aboutira à un nouveau protocole de collaboration concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées."</p> <p>Le troisième protocole d'accord fixe le cadre budgétaire des investissements de soins dans les différentes Communautés et Régions, et ce, réparti sur six ans. Vu que l'accent est placé sur la création d'emplois supplémentaires dans le secteur des soins, il est important d'être attentif à avoir suffisamment de prestataires d'aide et de soins, financés de manière adéquate. La politique relative à l'emploi et à l'enseignement joueront ici un rôle de taille. La création de 2.613 ETP, résultant de la reconversion de 28.000 lits MRPA en lits MRS, est liée à la signature de conventions collectives de travail par les partenaires sociaux.</p> <p>Les conventions collectives ou les arrêtés royaux qui sont nécessaires ont trait à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'abaissement du seuil de création d'une délégation syndicale ;</li> <li>- le remplacement immédiat en cas d'absence ;</li> <li>- la communication aux travailleurs suffisamment à l'avance de leurs horaires et la sanction applicable en cas de modification des horaires ;</li> <li>- la mise en oeuvre de la mesure "contrat de travail" ;</li> <li>- l'octroi de jours de congé supplémentaires en faveur de certaines catégories de membres du personnel ;</li> <li>- l'adaptation aux dispositions relatives aux mesures de fin de carrière, conclues en exécution du plan pluriannuel des secteurs de santé fédéraux, conclu le 1er mars</li> </ul>	

2000.

Les Communautés et les Régions vérifieront lors de l'octroi des agréments aux institutions si les conditions susmentionnées ont été remplies et s'appliquent aux institutions concernées. L'Etat fédéral et les Communautés et les Régions collaboreront à la lumière du vieillissement de la population (avec une attention spécifique au vieillissement de la première génération de migrants du travail) et de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de soins, aux objectifs suivants :

- Mener une politique coordonnée et cohérente, préventive et curative est avant tout important pour que chaque personne âgée puisse maintenir aussi longtemps que possible son autonomie et son indépendance. Afin d'éviter la dépendance due à l'isolement, il convient de stimuler la participation au sein de la société. Des initiatives de politique dans différents domaines tels que le logement, la mobilité, la participation culturelle, ... soutiennent l'intégration dans la société.
- Le rôle du soignant de proximité pour les personnes âgées dépendantes de soins qui séjournent à domicile n'est pas à sous-estimer. Il convient de soutenir davantage ce partenaire de soins important par un éventail de services, y compris des structures de substitution au domicile. Dans la prévision de possibilités d'accueil alternatives pour soutenir et reconnaître le soignant de proximité, nous ne pensons pas seulement à la stimulation des centres de soins de jour et du court-séjour mais aussi à des formules de soins alternatives en collaboration avec les soins à domicile et les institutions que nous résumons ici sous les formes de soins alternatives.
- Il faut s'atteler à la sensibilisation et au dépistage de toute forme de maltraitance des personnes âgées, qu'il s'agisse d'abus financiers ou de violence physique ou psychique.
- A la lumière du vieillissement de la population, l'offre de soins ainsi que son financement doivent continuer à aller de pair à long terme via la sécurité sociale et d'autres formes de financement public en continuant à oeuvrer à une dispensation de services accessible et de haute qualité et en aspirant à une utilisation efficiente de l'offre de soins existante, de sorte que chaque demande de soins trouve une réponse adaptée: "soins adaptés sur mesure à la personne âgée".
- Dans la mesure où l'accessibilité des soins est compromise pour certaines problématiques, une attention spécifique est demandée pour les personnes démentes ayant une légère dépendance physique en soins, le court-séjour, une offre de soins palliatifs adaptée et enfin, la problématique du transport entre autres vers les centres de soins de jour.
- La détection de la demande de soins et des besoins objectifs de soins exige des procédures et un instrument validés. Les personnes âgées et leur entourage doivent être suffisamment entendus dans les choix qui leur sont proposés afin d'avoir la meilleure harmonisation possible entre l'offre et les besoins constatés. Pour ce moment de concertation, on pense spécifiquement aux services de soins intégrés (SISD).

- L'intégration et la continuité des soins sont deux notions importantes et supposent une collaboration entre les institutions, une collaboration multidisciplinaire et un bon échange d'informations et une concertation. Dans ce cadre, on pense à la fonction de la gériatrie de liaison, au référent hospitalier dans les hôpitaux, à un instrument d'évaluation uniforme, aux centres de coordination et aux SISD.
- Une intégration des soins signifie à long terme qu'une intégration dans le cadre légal et une intégration dans le financement suivront également. Chaque résidant ayant un profil de soins lourd devrait recevoir une offre qui corresponde à ses besoins et non à l'offre disponible à ce moment-là. Cela suppose que la capacité d'accueil destinée aux soins sera suffisante et même qu'un élargissement de celle-ci sera nécessaire. Il faudra aussi évaluer dans quelle mesure le lien actuel entre le logement et les soins entrave le développement de certaines formes de soins et dans quelle mesure il vaut mieux développer l'offre de soins à partir de réseaux.
- En exécution des décisions prises aux Conseils des Ministres des 16 et 17 janvier 2004, une étude a été réalisée par le HIVA et le SESA sur l'impact qu'a le vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur les soins à long terme. Cette étude servira de base pour un large débat sociétal sur la politique à mener en matière de soins aux personnes âgées. Le soutien scientifique et le recueil d'expertise sont certes importants dans la définition de la politique (européenne) mais une collaboration entre les différentes autorités et administrations concernées, un échange rapide de données pertinentes et une simplification des charges administratives le sont tout autant.

### Main Results

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 checked="" type="checkbox"/>
Unemployed <input checked="" type="checkbox"/>	Governance <input type="checkbox"/>
Older people <input checked="" 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"/>	
	<b>Geographical Scope</b>
	National <input checked="" type="checkbox"/>
	Regional <input type="checkbox"/>
	<b>Implementing Body</b>

### Context/Background to the Initiative

### Details of the Initiative

<b>1.</b>	<b>Specific Objectives</b>
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	Un groupe de travail intercabinet composé de représentants des différents Ministre signataire du Protocole et qui se réunissent au minimum 1 fois par mois pour la réalisation des objectifs
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	Aucun objectif n'a pu être atteint (cf. plus bas)
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	Les conventions collectives de travail n'ont pas toutes été signées; ni la reconversion de MRPA en MRS, ni la création ou le renforcement d'alternative à l'institutionnalisation n'ont pu être initiées. Il n'y a donc pas encore eu de création d'emploi à ce jour.
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	Des réunions en commission paritaire sont encore prévues pour arriver à un accord. Cependant, certains secteurs ont signé toutes les conventions collectives de travail, nous ne sommes donc pas bloqués, dans ces secteurs la création d'emploi pourra bientôt débuter.
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>

**4.2.5. Les politiques de vaccination qui par l'immunisation de groupes cibles visent à réduire la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses évitables**

Name of Policy/Project		Member State	
Programme de vaccination.		Belgique (Communauté Française)	
End Purpose of the Initiative			
Réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies infectieuses évitables par la vaccination par l'immunisation de groupes cibles.			
Main Results			
Chez les jeunes enfants (jusqu'à l'âge de 11-12 ans), les taux de mortalité et de morbidité sont satisfaisants au regard des standards internationaux sauf encore en ce qui concerne l'hépatite B et la rougeole.			
Chez les adolescents et les personnes âgées les résultats sont encore insuffisants.			
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 checked="" type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input checked="" type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
Recommandations Organisation mondiale de la Santé			
Politique générale de prophylaxie des maladies transmissibles			
Recommandations du Conseil supérieur d'Hygiène.			
Details of the Initiative			
<b>1.</b>	<b>Specific Objectives</b>		
	Chez les enfants et les jeunes de 0 à 18 ans : maintenir ou augmenter les taux de couverture vaccinale contre les 11 maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, maladies invasives à Méningocoque C, Haemophilus influenzae		



	de type b et pneumocoque (à partir de janvier 2007)
	Chez les adultes : informer sur la périodicité des rappels pour tous (diphtérie et tétanos) et sur l'intérêt de vaccins spécifiques pour les plus vulnérables (grippe et pneumocoque).
<b>2.</b>	<b>How did the initiative address these objectives?</b>
	Par le développement des connaissances et la motivation de la population vis à vis de la vaccination (information des publics cibles sur les enjeux, amélioration de la compréhension des responsables et des intervenants de la représentation de la vaccination au sein du public).
	Par l'accès maximal aux vaccins destinés aux enfants et aux adolescents ciblés (gratuité et disponibilité des doses de vaccins, libre choix du vaccinateur, facilitation des démarches des bénéficiaires).
	Par la cohérence et la pertinence du programme (concertation et coordination des partenaires, transmission des données entre les services de la petite enfance et ceux s'occupant de promotion de la santé à l'école, rigueur et évaluation scientifique du programme via la surveillance épidémiologique et la mesure des couvertures vaccinales). A cet effet, en Communauté française, une collaboration est installée entre la DG Santé et l'association interuniversitaire Provac, chargée de l'opérationnalisation du programme.
	Par la garantie de la conduite et de la continuité du programme aux niveaux réglementaire, administratif et politique.
<b>3.</b>	<b>What is/was the timescale for implementing the initiative?</b>
	Il s'agit d'un processus permanent.
<b>Monitoring and Evaluation</b>	
	<b>How is/was the project monitored/evaluated?</b>
	Suivi épidémiologique
	Mesure régulière des taux de couverture vaccinale
<b>Outcomes</b>	
<b>1.</b>	<b>To what extent have the objectives been met?</b>
	De manière satisfaisante sauf en ce qui concerne les taux de couverture <ul style="list-style-type: none"> <li>- des enfants contre la rougeole;</li> <li>- des adolescents contre l'hépatite B;</li> <li>- des professionnels de la santé et des personnes à risque contre la grippe</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté de maintenir l'adhésion suffisante des enfants au-delà de la scolarité primaire;</li> <li>- détection difficile des cas de maladies devenues rares;</li> </ul>

	- conciliation parfois difficile des objectifs en termes de taux élevés de couverture vaccinale et des contraintes budgétaires.
<b>3.</b>	<b>How were these obstacles and risks addressed?</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lutte contre le sentiment de bénignité de certaines maladies par la sensibilisation du public et des professionnels (courriers spécifiques, séminaires, spots TV);</li> <li>- mise en place d'un système de déclaration adapté aux maladies rares par l'Institut scientifique de Santé publique;</li> <li>- en Communauté française, un recours à un système d'accès sélectif aux vaccins disponibles dans le circuit de commande et de livraison est organisé.</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</b>



### **Brève discussion des résultats des indicateurs de santé**

Les indicateurs de santé fournissent des informations sur l'état de santé de la population, le style de vie et l'existence de facteurs à risque, le domaine couvert par la politique de prévention, l'accessibilité, les frais et l'usage fait des soins de santé, la faisabilité à long terme des dépenses pour les soins de santé. L'analyse a été effectuée sur la base des indicateurs européens communs, complétés par des indicateurs nationaux<sup>87</sup>.

#### **1. Etat de santé**

##### ***Espérance de vie – et Espérance de vie en bonne santé***

L'**espérance de vie**, c'est à dire l'âge que l'on peut, lors de la naissance, espérer atteindre, est un des indicateurs les plus utilisés pour donner une idée de l'état de santé général d'une population. Elle est déterminée par un grand nombre de facteurs, dont le bien-être en général, l'hygiène de vie et la qualité des soins de santé. Tout comme dans la plupart des autres pays de l'UE, l'espérance de vie en Belgique s'est accrue continuellement dans le courant des décennies écoulées. En 2004, elle atteignait 82,4 pour les femmes et 72,7 pour les hommes (soit une différence de 6,7 ans en faveur des femmes). En comparant les chiffres pour 2003 (femmes 81,7 et hommes 75,9) avec ceux des autres pays membres de l'UE, il apparaît que l'espérance de vie en Belgique est relativement élevée. Les meilleurs résultats ont été constatés en Suède (femmes: 82,5 ; hommes: 77,9), les plus mauvais en Lettonie (femmes: 75,9 ; hommes: 65,7).

Il est important de vérifier quelle partie de l'**espérance de vie** se déroule **en bonne santé**, afin de ne pas se faire uniquement une idée de la longueur, mais également de la qualité de la vie. L'espérance de vie en bonne santé est également importante dans le cadre des stratégies d'« active ageing » (vieillesse active) visant une vie active plus longue pour les aînés. Des personnes âgées en bonne santé peuvent fournir une contribution importante à leur famille, à la communauté dans laquelle elles vivent et à l'économie, soit en continuant une activité dans la vie professionnelle, soit en développant des activités informelles telles que la garde des enfants, des malades, des personnes âgées. Il a été démontré qu'il existe un rapport entre la santé, la croissance économique et le bien-être social.

Récemment, les attentes en matière de santé ont été calculées en se basant sur les données relatives à la mortalité de l'INS et les questions concernant l'état de santé ont été reprises dans l'enquête socio-économique de 2001<sup>88</sup>. L'état de santé a été évalué en se basant sur une question posée au sujet de l'état de santé subjectif général : quel est votre état de santé général ? Les maladies chroniques ont été constatées en se basant sur la question : souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps ?

Pour les femmes, l'espérance de vie était de 81,7 ans à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé de 59,5 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 63,4 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie était de 75,4 ans, l'espérance de vie en

---

<sup>87</sup> Les indicateurs du Plan d'Action National pour l'Insertion Sociale relatifs à la dimension santé ont été repris dans l'analyse.

<sup>88</sup> Van Oyen, H. Bossuyt, N. Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S. Lorant, V. Miermans P-J. Composite health measures in Belgium based on the 2001 census, 32 p. (non publié).

bonne santé de 58 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 59,7 ans. Les femmes disposent donc d'une espérance de vie de 6 ans plus longue que les hommes, mais leurs attentes subjectives en matière de santé ne dépassent celles des hommes que de 1,5 ans et elles peuvent s'attendre à vivre 2,9 ans de plus que les hommes avec une maladie chronique.

A 65 ans, pour les femmes, l'espérance de vie était de 20,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 7 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 10,1 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans était, en 2001, de 16,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 6,6 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 8,6 ans.

On peut se poser la question si l'accroissement de l'espérance de vie au fil du temps ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre d'années passées en mauvaise santé (compression, stabilité ou expansion de la mauvaise santé). Cette question est également importante lorsqu'il s'agit d'établir des projections relatives au coût du vieillissement.

Une évaluation à trois moments (1997, 2001 et 2004), utilisant à chaque fois l'Enquête Santé pour mesurer l'état de santé (subjectif), confirme la théorie de la compression (l'accroissement de l'espérance de vie va de pair avec une compression des années passées avec une maladie chronique)<sup>89</sup>. Au cours de la période 1997-2004, l'espérance de vie des hommes s'est accrue de 1,82 ans, alors que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 3,35 ans. Pour les femmes, l'espérance de vie s'est accrue de 1,29 ans, tandis que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 2,47 ans.

**Chiffres alternatifs concernant l'espérance de vie en bonne santé, basés sur l'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité'**

L'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité' (disability free life expectancy) est disponible pour la période 1995-2003. L'indice est calculé sur base d'une enquête (ECHP) relative aux limitations des activités quotidiennes dues à une maladie ou à un handicap<sup>90</sup>. Pendant la période sous revue, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue, pour les femmes, de 1,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 2,8 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie s'est accrue, au cours de la même période, de 2,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 4,1 ans. L'accroissement des deux indices est donc plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2003, les femmes pouvaient s'attendre à passer 84,7% de leur vie sans invalidité (contre 82,8 en 1995), les hommes à 88,8% (contre 86,2% en 1995). Dans le contexte européen, la Belgique atteint une bonne cote, que les tendances récentes confirment.

Pendant la même période de référence, l'espérance de vie sans invalidité à 65 ans semble progresser, tant chez les femmes que chez les hommes, d'une manière plus lente que leur espérance de vie (femmes: espérance de vie +0,8, espérance de vie sans invalidité +0,7; hommes: espérance de vie +1,9, espérance de vie sans invalidité +1,3. Ici aussi, il y a progression pour les deux groupes, mais plus importante pour les hommes que pour les femmes.

<sup>89</sup> Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. Reves 2006. 14 p.

<sup>90</sup> ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? (2002 et 2003 sont des extrapolations)

Il y a de nettes différences par région : l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à la naissance sont les plus basses en Région Wallonne et les plus élevées en Région Flamande.

Il y a quelques années, on a calculé l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau d'éducation. En se basant sur une combinaison de données en provenance de la banque de la mortalité nationale, un suivi durant 5 ans du recensement de 1991, et de l'Enquête Santé de 1997. On a pu en conclure que les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé (pas de diplôme ou enseignement primaire seulement) ne vivent pas seulement moins longtemps en Belgique (femmes : 2,8 ans; hommes 5,2 ans), mais vivent également moins longtemps en bonne santé (femmes : 14,5 ans ; hommes : 15,5 ans) que ceux ayant bénéficié d'une éducation plus avancée (diplômés de l'enseignement supérieur).

Plus le niveau d'instruction est élevé, meilleur est l'accès aux informations en matière de santé et mieux on est préparé pour mettre ces connaissances en pratique. D'autre part, le niveau d'instruction contribue à déterminer la position sur le marché du travail et la satisfaction professionnelle et donc, indirectement, l'état de santé. Il existe également un lien évident entre la position socio-économique et le style de vie (voir plus loin).

### ***Mortalité foeto-infantile***

Tant la mortalité infantile (mortalité chez les enfants dans leur première année par rapport au nombre total de naissances d'enfants en vie) que la mortalité périnatale (mortalité pendant la première semaine plus les morts-nés par rapport au nombre total de naissances y compris les morts-nés) ont diminué en Belgique au cours des dernières décennies. Le degré de mortalité infantile (exprimé par milliers de naissances) atteignait en 1980 encore 12,1 en Belgique. En 1990, il était descendu à 6,5, en 2000 à 4,8. En 2004, le rapport est de 4,3 soit un peu plus bas que la moyenne de l'UE25, qui est de 4,5. A l'intérieur de l'UE, la mortalité infantile est la plus élevée et Lettonie (9,4) et la plus basse en Suède (3,1).

Une analyse du nombre de morts-nés, de la mortalité pendant la première semaine de vie mais avant l'âge d'un an, effectué pour la période de 1980 à 1994 en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du père démontre qu'il est question d'un gradient socio-économique évident. La mortalité infantile dans les catégories professionnelles est toujours nettement moins élevée que dans les catégories ayant un statut moins élevé, même si les différences se réduisent avec le temps. Des analyses relatives à la Région Flamande et à la Région de Bruxelles-Capitale basées sur des données plus récentes confirment cependant l'importance inchangée du statut socio-économique des parents en ce qui concerne la mortalité infantile<sup>91</sup>.

### ***Etat de santé subjectif<sup>92</sup>***

En se basant sur les résultats de l'Enquête santé, on peut se faire une idée de l'état de santé subjectif (tel que ressenti par les intéressés eux-mêmes) de la population.

En Belgique, 23% de la population affirme se trouver dans un état de santé médiocre, mauvais ou très mauvais (pourcentage plus ou moins stable pour la période 1997-

---

<sup>91</sup> Voir : Administratie Gezondheidszorg – Team Beleidsvaluatie. Foeto-infantiele sterfte. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Gezondheidsindicatoren 2001-2002. Page 33-48. Analyse voor de Vlaamse Gemeenschap 2001-2002. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad. Welzijnsbarometer. Edition 2005/1 P.26 (chiffres de 1998 – 2003).

<sup>92</sup> Analyse basée principalement sur ISSP Enquête Santé Belgique 2004 IPH/EPI Reports n°. 2006 - 035.

2004). Le **mauvais état de santé subjectif**, défini de cette manière s'accroît, comme il fallait s'y attendre, avec l'âge. Le pourcentage de personnes qui déclare un état de santé médiocre à très mauvais varie entre 8% dans la classe d'âge de 15 à 24 ans et 53% chez les personnes de 75 ans et plus. A partir de l'âge de 45 ans les femmes se déclarent en plus mauvaise santé que les hommes (tous âges : 25% contre 21%). Les personnes dont le niveau d'instruction est plus bas déclarent plus souvent être insatisfaites de leur état de santé (45%) que les personnes ayant bénéficié d'une formation plus avancée (13,6%).

Presque un quart de la population (24%) déclare souffrir au moins d'une **maladie de longue durée ou d'un handicap**. Ce pourcentage reste à peu près stable pendant la période 1997-2004. La probabilité de contracter une maladie de longue durée augmente à nouveau fortement avec l'âge (75+ : 53%). Des affections de longue durée sont signalées plus souvent chez les personnes dont le niveau d'instruction est plus bas (37 %) que chez les personnes ayant bénéficié d'une formation plus avancée (19 %). Les personnes d'un niveau d'instruction plus bas signalent plus souvent des bronchites, des affections cardiaques, une tension élevée, le diabète, la dépression, des vertiges accompagnés de chutes, la migraine, le mal de dos persistant, l'usure des articulations, des infections des articulations, d'autres formes de rhumatisme chronique, des ulcères d'estomac ou des ulcères de l'intestin grêle. Chez ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé, il est plus souvent question d'allergies. Chez les personnes d'un niveau d'instruction plus bas il est également plus souvent question de co-morbidité, l'apparition simultanée de plusieurs affections (diplôme de l'enseignement primaire ou pas de diplôme: 21%, diplôme de l'enseignement supérieur: 3%).

10% de la population déclare souffrir d'une **maladie chronique entraînant une gêne dans l'accomplissement des activités quotidiennes** (pourcentage stable pendant la période 1997-2004). Ici aussi, on constate une prévalence plus forte chez les femmes, les personnes âgées, les personnes d'un niveau d'instruction plus bas et les personnes à bas revenus (16% dans le premier créneau des revenus, 5% dans le créneau des revenus le plus élevé).

#### **Chiffres alternatifs sur l'état de santé subjectif, basés sur l'UE-SILC 2004**

##### *Etat de santé constaté par soi-même*

8% de la population âgée de 16 ans et plus déclare se trouver dans un état de santé mauvais à très mauvais (femmes: 8,6%, hommes: 7,3%). Chez les plus jeunes (16 à 24) le pourcentage est de 2%, chez les personnes de 85 ans et plus de 26,1%. Dans le créneau le plus bas des revenus, 41 % déclarent se trouver dans un mauvais état de santé. Dans le créneau des revenus le plus élevé ce pourcentage est de 11%.

##### *Limitations des activités quotidiennes*

Presque 27% de la population de 16 ans et plus déclare être limitée dans ses activités quotidiennes (28% des femmes et 26% des hommes). 11,5% sont fortement limités (13% des femmes et 10% des hommes). Ce pourcentage augmente fortement avec l'âge: 5% des personnes de 16 à 24 ans sont confrontées à de fortes limitations, 45% des personnes de 85 ans et plus. Dans le créneau le plus bas des revenus, 41 % déclarent se trouver dans un mauvais état de santé. Dans le créneau des revenus le plus élevé ce pourcentage est de 33%, nettement plus que dans le créneau des revenus le plus élevé (17%).

La **prévalence de la dépression** peut être analysée en se basant sur les réponses reçues lors de l'Enquête Santé sur une échelle à 13 points<sup>93</sup>. Mesurée de cette manière, la dépression se présente chez 8% de la population (inchangé depuis 2001), davantage chez les femmes (10%) que chez les hommes (6%) et augmente avec l'âge (13% dans la population de plus de 75 ans). Les personnes faisant partie du créneau le plus bas des revenus (18%) sont souvent plus dépressifs que dans le créneau des revenus le plus élevé (5%), les porteurs d'un diplôme de l'enseignement moyen inférieur (12%) plus souvent que les diplômés d'enseignement supérieur (4%). Constituent en particulier des groupes à risque : les familles monoparentales (17%) et les isolés (12%), mais surtout les malades/invalides (38%) et les chômeurs (12%).

L'Enquête Santé fournit donc des indications sur les différences socio-économiques quant à l'état de santé subjectif. Ceux dont le statut socio-économique est le plus bas présentent en général une moins bonne santé. La relation causale peut se présenter dans les deux sens : statut socio-économique plus bas parce que l'état de santé est mauvais, ou bien mauvaise santé en raison du statut socio-économique plus bas<sup>94</sup>. Pour la plupart de ces indicateurs, la Région Flamande présente de meilleurs résultats que la Région de Bruxelles-Capitale et la Région Wallonne.

## **2. Style de vie – facteurs à risque**

Des recherches ont démontré que les habitudes de vie, telles que les exercices corporels, les habitudes alimentaires, l'usage d'alcool et de tabac, exercent une grande influence sur la santé. L'Enquête Santé de 2004 permet d'avoir une idée de la prévalence de différents styles de vie.

25% de la population court un risque de santé parce qu'ils ne pratiquent aucun exercice corporel pendant leurs loisirs. 22% ont des habitudes alimentaires irrégulières. 15% mangent des légumes moins d'une fois par jour. Environ 40% mangent trop peu de poisson, de fruits et de pain gris. 44% sont confrontés à un excès de poids (BMI > 25), 13% sont vraiment obèses (BMI > 30). 7% de la population sont de grands buveurs (en moyenne 22 verres d'alcool par semaine). 10% sont de gros fumeurs (20 ou plus de cigarettes par jour)<sup>95</sup>.

Il apparaît une nouvelle fois que ceux qui occupent une position socio-économique inférieure sont plus souvent caractérisés par un style de vie comportant des risques pour la santé. A titre d'exemples, citons la prévalence de l'obésité et de l'excès de tabac. En 2004, comme déjà signalé, 13% de la population belge de 18 ans et plus étaient obèses (BMI > 30). Chez les personnes d'un niveau d'instruction plus bas, ce chiffre atteint 20%, chez ceux bénéficiant d'un niveau d'éducation supérieur 6%. Le pourcentage de gros fumeurs (20 ou plus de cigarettes par jour) dans la même catégorie atteignait, comme déjà signalé, 10%. Ici aussi, le pourcentage est plus élevé chez les personnes d'un niveau d'instruction plus bas que chez ceux bénéficiant d'un niveau d'éducation supérieur (13% contre 6%).

---

<sup>93</sup> Il s'agit des 13 points de ce qu'on appelle la sous-échelle. SCL-90-R concernant la dépression. Les questions posées constituent un sondage sur divers symptômes de la dépression (manquer d'énergie, pleurer souvent, désespérer de l'avenir etc...).

<sup>94</sup> Selon l'Institut Scientifique de la Santé publique, un consensus a été atteint sur le fait que la première direction causale : un statut socio-économique bas parce qu'on est en mauvaise santé ne détermine que dans une mesure très limitée le lien entre le statut socio-économique et l'état de santé. .

<sup>95</sup> En faisant une comparaison sur le plan international, la cote de la Belgique est relativement bonne en ce qui concerne les fumeurs, et moyenne lorsqu'il s'agit de la consommation d'alcool et l'obésité.

### **3. Les objectifs de la politique de prévention**

La politique de prévention vise à empêcher de nouveaux cas de maladie ou à détecter rapidement les maladies (screening). L'Enquête Santé pose la question du degré de participation de la population adulte aux activités de prévention et de screening. Il s'agit des vaccinations et du screening des affections cardiaques et vasculaires et du cancer du sein et du col de l'utérus. Ces chiffres sont basés sur les déclarations des répondants. Des données objectives sur les remboursements par les organismes d'assurance se situent souvent nettement plus bas.

#### ***La vaccination***

49% de la population dispose d'une carte de vaccination. Dans le courant des dix dernières années, 60% de la population de 15 ans et plus ont été vaccinés contre le tétanos, 29% contre l'hépatite B. Le degré de vaccination contre le tétanos est en diminution, celui contre l'hépatite B augmente. Dans le courant des cinq dernières années, 12% de la population à risque (45+) ont été vaccinés contre les pneumocoques. Dans le courant des trois dernières années, 14% de la population ont été vaccinés contre les méningocoques du type C (inflammation cervicale). 30% de la population de 15 ans et plus ont déclaré avoir été, au moins une seule fois, vaccinés contre la grippe au cours de la dernière saison de vaccination (septembre à décembre). Pour les personnes de 65 ans et plus, ce chiffre atteint 47%. Le degré de vaccination contre la grippe présente une tendance montante.

Pour un certain nombre de vaccinations (grippe, pneumocoques) on ne peut pas déceler de différences selon le degré d'instruction. On constate cependant une influence de la position socio-économique positive dans le cas de la vaccination contre le tétanos, l'hépatite B et les méningocoques du type C. Plus élevé le niveau d'éducation, plus élevé sera le degré de vaccination.

Quant à la **vaccination de jeunes enfants**, des chiffres récents sont disponibles pour la Flandre. L'enquête sur le degré de vaccination de 2005 révèle qu'en Flandre, les nourrissons sont vaccinés d'excellente façon, avec un taux de vaccination supérieur à 90% pour tous les vaccins offerts gratuitement. En comparaison avec une enquête similaire menée en 1999 chez 1000 jeunes enfants, le degré de vaccination pour tous les vaccins s'est fortement amélioré. Selon la présente étude, 97% des nourrissons sont complètement vaccinés contre la polio, le tétanos, le croup, la coqueluche et l'*influenza H* du type b au cours des six premiers mois et plus de 92% ont reçu leur quatrième dose pendant la deuxième année de vie. Plus de 92% des enfants sont totalement vaccinés contre l'hépatite et 94% contre la rougeole, les oreillons, la rubéole en les méningocoques C. Ces résultats n'ont pu être atteints que grâce aux efforts concertés et soutenus des médecins et instances vaccinatrices ainsi que d'une politique de vaccination de haut niveau, scientifiquement soutenue. Les données de la dernière enquête de la Communauté française datent de 2003. Le pourcentage de la couverture pour les nourrissons (18-24 mois) varie, selon les vaccins, de 85 à 90%. Parmi les autres pays européens pratiquant une politique de vaccination similaire, seuls la Finlande et les Pays-Bas atteignent un taux de vaccination aussi élevé.

#### ***Screening des affections cardiaque et vasculaires et du diabète***

90% de la population de 15 ans et plus déclarent que leur **tension sanguine** a été contrôlée au cours des cinq dernières années, 62% affirment avoir subi un examen du **taux de cholestérol** dans le sang. 50% de la population de 15 ans et plus affirment avoir subi un contrôle du **taux de sucre dans le sang** au cours des trois dernières années.



En ce qui concerne le niveau de contrôle de la tension, du cholestérol ou du taux de sucre, on n'a pas pu déceler des différences en fonction du statut socio-économique.

### **Screening du cancer**

En 2004, 72% des femmes de 25 à 64 ans ont déclaré avoir fait procéder, au cours des trois dernières années, à un **frottis du col de l'utérus** (les données administratives concernant les remboursements fournissent un chiffre plus bas : 59%). 50% seulement de personnes ne disposant d'aucun diplôme ou d'un diplôme de l'enseignement primaire seulement ont affirmé avoir fait effectuer un tel examen, contre 80% des femmes disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur. 36% des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir subi, pendant les deux dernières années, une **mammographie**. Dans le groupe cible spécifique de la détection précoce du cancer du sein (50 à 69 ans), ce pourcentage était de 71%. Ici aussi, des différences ont été constatées en fonction du niveau d'instruction.

### **4. accessibilité, utilisation, coûts des soins de santé**

En comparaison avec les douze autres pays membres de l'UE pour lesquels des données UE-SILC ont été collectées en 2004, le pourcentage des personnes de 16 ans et plus qui déclarent, en Belgique, **avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, d'un examen ou d'un traitement médical mais ne pas l'avoir reçu** reste limité à 1,8%. Ce pourcentage est plus élevé lorsqu'il s'agit d'examen dentaires, où il s'approche des 4%. La Belgique se situe, sur ce point, parmi les meilleurs pays membres. Il n'y a pas de différences marquées entre hommes et femmes. Ce sont le groupe d'âge entre 45 et 54 ans, les isolés et les familles monoparentales qui sont les plus vulnérables, de même que les chômeurs dont 10 % ont raté des soins médicaux et 23 % des soins dentaires. Quant aux examens et aux soins dentaires, on constate une nette différence en fonction du niveau d'éducation : 30% des personnes ne disposant tout au plus que d'un diplôme de l'enseignement primaire ont dû renoncer à un traitement dentaire, contre un peu plus de 10 % des titulaires d'un diplôme post-secondaire. Parmi les raisons de la non satisfaction des besoins en examens et traitements médicaux, les considérations financières dominent (plus de 60 %). Quant aux soins dentaires, les considérations financières sont également importantes (45%), mais d'autres raisons jouent également un rôle (peur du dentiste, manque de temps...) <sup>96</sup>.

Concernant l'accessibilité des soins médicaux, il importe de vérifier dans quelle mesure la population est couverte par une assurance soins de santé, et quel est le poids des dépenses pour soins médicaux dans le budget du ménage.

Selon des statistiques administratives, **la couverture de l'assurance publique et obligatoire pour soins de santé** est quasiment totale en Belgique : 99 % pour les 'thérapies lourdes'. Pour les 'petits risques', le pourcentage de couverture est plus

---

<sup>96</sup> Dans le cadre de l'Enquête Santé belge, l'évaluation des besoins en soins de santé non satisfaits se déroule d'une manière différente que dans le cadre de l'UE-SILC. Ainsi, dans le cas de l'UE-SILC, on interroge des personnes individuelles, alors que lors de l'Enquête Santé c'est la personne de référence qui répond pour le ménage. Dans l'UE-SILC on interroge sur les besoins non satisfaits en matière d'examen ou de traitements médicaux ou dentaires; dans l'Enquête Santé on interroge séparément sur les sortes suivantes de soins de santé : soins médicaux et opérations, soins dentaires, médicaments prescrits, lunettes, soins mentaux (psychologue ou psychiatre p.ex.). Dans ce contexte, un ménage qui a dû reporter sa consommation médicale est donc un ménage qui a dû reporter au moins un de ces cinq types de soins. En se basant sur l'Enquête Santé de 2004, on peut constater que 10 % des ménages ont dû remettre des soins. Dans l'UE-SILC il s'agit de besoins non satisfaits pour des raisons diverses. Dans l'Enquête Santé, on vise uniquement la remise à plus tard ou à jamais pour des motifs financiers.

bas : 94 %. Cela est dû au fait que les indépendants, dans le cadre de leur statut de sécurité sociale, n'étaient pas assurés obligatoirement contre ces 'petits risques'. A partir du 1/7/2006, cette assurance devient progressivement obligatoire pour eux aussi. Il se pose encore des problèmes pour ceux qui, dans le cadre du régime des 'personnes non protégées' ne satisfont pas aux obligations administratives. Des personnes résidant en Belgique sans permis de séjour valable ont droit à l'assistance médicale urgente. Il semblerait cependant que la procédure administrative à respecter pour bénéficier de ce droit dans la pratique constitue un seuil trop élevé. Pour les personnes à revenus plutôt faibles, le fait qu'il faut avancer les frais entraînés par les soins médicaux, quitte à être remboursés plus tard, poserait problème.

Tous les frais de soins de santé ne sont pas remboursés. Il est difficile d'évaluer les **dépenses pour soins de santé** par rapport aux revenus des ménages au moyen d'une enquête. Une attention particulière doit être accordée à la définition précise de la notion de dépenses pour soins de santé. Idéalement, on devrait pouvoir se faire une idée des frais sur une période plus longue et tenir compte des remboursements. Dans la récente Enquête Santé, on a posé des questions sur les dépenses médicales du mois écoulé et on n'a pas tenu compte des remboursements.. Les dépenses de santé moyennes mesurées dans le cadre de l'Enquête Santé sont restées constantes sur trois années repères (1997, 2001 et 2004) : environ 6 % du budget du ménage. La quote-part des dépenses de santé augmente nettement avec l'âge de la personne de référence du ménage<sup>97</sup> (2% du budget du ménage lorsqu'il s'agit d'une personne de référence très jeune jusqu'à 13% dans le cas d'une personne de référence de 75 ans et plus). Comme il fallait s'y attendre, la quote-part du budget du ménage aux revenus les plus élevés est nettement moindre (3%) que dans le ménage le plus bas (14%).

Lorsqu'on vérifie **comment la charge des frais des soins de santé sur les revenus du ménage est ressentie subjectivement**, on constate que 29% de tous les ménages affirment que leurs propres frais pour soins de santé sont (très) lourds à supporter. Ce pourcentage diminue au fil des différentes vagues de l'Enquête Santé (33% en 1997 et 30% en 2001). Les ménages dont la personne de référence est une femme (40%) ressentent leurs propres dépenses comme une charge plus lourde que les ménages dont la personne de référence est un homme (25%). On constate d'importantes différences en fonction du niveau d'instruction (niveau d'instruction le plus élevé du ménage) et du niveau des revenus du ménage. Plus que la moitié (51%) des ménages à bas niveau d'instruction estime que la charge est (très) lourde à porter, contre 14% des ménages à haut niveau d'instruction. Quant au niveau des revenus, les pourcentages correspondants sont de 56% pour le niveau de revenus le plus bas et de 9% du niveau de revenus le plus élevé. Dans ce contexte, les ménages monoparentaux sont particulièrement vulnérables (47%).

Le manque d'**offre en matière de soins de santé** est à peine cité dans l'enquête SILC comme cause de la non satisfaction d'un besoin d'examen ou de traitement médical. Presque personne ne mentionne des listes d'attente. Quelques indicateurs européens communs démontrent que la Belgique se caractérise, sur un plan comparatif international, par une offre relativement élevée en médecins, une offre en personnel infirmier et en sages-femmes située au-dessous de la moyenne et un nombre moyen de lits pour les soins urgents.

Le **nombre de médecins actifs par 100.000 habitants** était de 394 en 2003. Il s'agit d'un chiffre relativement élevé. Dans l'UE, le chiffre le plus bas (216) a été noté au Royaume-Uni, le plus élevé (454) en Grèce (chiffres de 2001). En outre, on décomptait en Belgique, en 2003, 563 **infirmiers, infirmières et sages-femmes**

---

<sup>97</sup> La personne du ménage qui a fourni les informations demandées au niveau du ménage. En principe, on estime que cette personne est le mieux à même de fournir ces informations.

**par 100.000 habitants.** Sur un plan comparatif international, il s'agit d'un chiffre inférieur à la moyenne. Le nombre le plus bas en 2002 a été recensé en, Slovaquie (166), le plus élevé en Irlande (1488). En 2001, on comptait en Belgique 499 **lits disponibles pour des soins médicaux d'urgence par 100.000 habitants.** La Belgique occupait ainsi une position moyenne au sein de l'UE (Finlande et Suède 235, Allemagne et Slovaquie plus de 670). Notamment en raison des dimensions réduites du territoire belge, il ne se pose pas de problèmes quant à la répartition géographique de l'offre.

Quant à la **consommation médicale**, il ne semble pas ou peu être question de différences significatives entre les niveaux d'instruction. Ce n'est que pour un certain nombre d'indicateurs spécifiques que des différences significatives peuvent être constatées. Les personnes d'un bas niveau d'instruction (pas de diplôme ou diplôme de l'enseignement primaire) ont en moyenne plus de contacts avec le médecin de famille et il s'agit le plus souvent de visites à domicile plutôt que de consultations au cabinet. Les personnes d'un bas niveau d'instruction se rendent également moins souvent directement chez un spécialiste.. Les personnes d'un niveau d'instruction plus élevé se rendent plus souvent chez le spécialiste. Les soins dentaires caractérisent l'influence du niveau socio-économique. Le nombre de personnes ayant eu, au cours de l'année écoulée, des contacts avec un dentiste augmente nettement avec le niveau d'instruction (personnes d'un bas niveau d'instruction (pas de diplôme ou diplôme de l'enseignement primaire) 34 % ; les mieux instruits 56 %).

Quant à l'utilisation de médicaments prescrits, des contrôles par âge ou par sexe n'ont pas relevé de différences sensibles selon le niveau d'instruction. Il est vrai cependant que les personnes d'un niveau d'instruction plus élevé utilisent plus souvent des médicaments non prescrits.

L'utilisation **de soins de longue durée** a fort évolué ces dernières années, tant en ce qui concerne les admissions dans des institutions que les soins à domicile.

Quant aux **soins résidentiels**, on constate entre 1995 et 2005 une augmentation d'environ 20% du nombre de personnes admises dans des institutions de repos et de soins ou dans des maisons de retraite pour personnes âgées : d'environ 91.000 au 1/1/1995 à environ 118.000 au 31/3/2005<sup>98</sup>. De ces 118.000 personnes résidant dans une maison de retraite pour personnes âgées, environ 70% sont plus âgées que 80 ans. En 1995, ce pourcentage s'élevait encore à environ 60%. 39% des personnes admises résident dans des institutions de repos et de soins, ce qui signifie qu'elles sont assez fortement dépendantes. En 1995, il s'agissait encore de 20 %. En 1995, 90% des résidents des institutions de repos étaient plus âgés que 80 ans ; en 2005, ce chiffre s'élevait à 75 %, ce qui signifie peut-être que les groupes les plus âgés de la population vieillissent, en quelque sorte, en meilleure santé.

En Flandre, les **soins à domicile** ont connu un développement remarquable. Depuis 1990, le nombre d'utilisateurs de soins à domicile a augmenté d'un peu moins de 45 100 à plus de 70.000, soit un accroissement de plus de 55% en 15 ans de temps. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure cette évolution est la conséquence d'une politique visant à inciter les gens à se faire soigner autant que possible à domicile, avant de les transférer vers des institutions (coûteuses), ou si elle est la suite d'une évolution des besoins, allant de pair avec une extension de l'offre de soins.

Les listes d'attente existant pour l'admission dans une maison de repos prouvent cependant qu'il existe encore un besoin réel pour ces services, auquel l'offre actuelle n'est pas en mesure de satisfaire totalement.

---

<sup>98</sup> Chiffres en provenance de l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (INAMI).

## **5. Qualité des soins de santé**

Une manière simple pour juger de la qualité consiste à se baser sur l'évaluation du système des soins de santé par la population. Un sondage Eurobaromètre récent révèle que la population est satisfaite du système belge des soins de santé. En 2005, 92% des personnes interrogées déclaraient être très satisfaits ou plutôt satisfaits du système. C'est le pourcentage le plus élevé parmi les pays membres de l'UE. La moyenne des pays de l'UE25 atteignait 61%, celle de l'UE15 64%.

La façon dont on veut, en Belgique, promouvoir la qualité dans le secteur des hôpitaux consiste à mettre à disposition des données comparatives, destinées à permettre aux différents hôpitaux de comparer leurs propres performances avec celles des autres. Divers aspects peuvent être abordés : les performances cliniques, les performances financières, la capacité, l'innovation et l'attention accordée au patient. Un système de « feedback » multidimensionnel et intégré de données hospitalières administratives se trouve actuellement dans un stade exploratoire.

Les premières analyses des données hospitalières administratives, relatives au nombre de césariennes chez de accouchées à bas risque ainsi qu'à l'ablation de la vésicule biliaire par laparoscopie (cholécystectomie laparoscopique) laissent entrevoir d'importantes différences entre les pratiques des différents hôpitaux<sup>99</sup>. Un recours fréquent à la césarienne chez de accouchées à bas risque peut indiquer une utilisation excessive de ce type d'intervention.. La cholécystectomie laparoscopique peut être considérée comme une technique qualitativement meilleure par rapport à une cholécystectomie ouverte (intervention opératoire classique) en raison du plus faible degré de mortalité, de la durée réduite de l'opération, d'un rétablissement plus rapide, d'une moindre douleur post-opératoire et d'un séjour plus court à l'hôpital. Un rapportage régulier doit permettre aux hôpitaux de se positionner eux-mêmes et de tirer leurs propres conclusions en ce qui concerne leurs pratiques. Un autre domaine actuellement sous revue est le comportement en matière de prescription d'antibiotiques.

## **6. Soutenabilité financière à long terme des dépenses pour les soins de santé et les soins de longue durée**

Par comparaison avec les autres pays membres de l'UE, on investit relativement beaucoup dans les soins de santé en Belgique. En 2002, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour tous les pays membres de l'UE, on a consacré en Belgique, à pouvoir d'achat égal, 2.607 US dollar **par personne aux soins de santé** (méthodologie SEC95). C'est sensiblement plus que la moyenne UE, qui est de 2.198 USD. La Belgique occupe ainsi la sixième place, après le Luxembourg, l'Allemagne, le Pays-Bas, la France et le Danemark. C'est dans les pays baltes qu'on dépense le moins (entre 625 et 450 USD).

Exprimées en pourcentages du **produit intérieur brut (PIB)**, les dépenses de la Belgique sont relativement élevées. Avec 9,1%, la Belgique occupait en 2002 la septième place parmi les pays membres de l'UE . La moyenne de l'UE était de 8,7%. Au fil des ans, on constate, comme dans la plupart des pays membres de l'UE, une tendance claire vers une augmentation de la quote-part des richesses nationales consacrées à la santé. En 1970 on dépensait 4% seulement, en 1980 6,4% et en

---

<sup>99</sup> Voir: DG Organisation des provisions en matière de soins de santé – Feedback multidimensionnel et intégré des données administratives hospitalières. Phase exploratoire. Avril 2006, 74 p. D'autres interventions ont également été recensées (infarctus du myocarde, fractures de la hanche, pneumonies (community acquired)).

1990 7,4% pour les soins de santé. Depuis 1996, environ 70% de ces dépenses viennent du secteur public (sécurité sociale et diverses autorités). La quote-part des dépenses purement "out-of-pocket" (dépenses financées directement par les ménages eux-mêmes) dans les dépenses totales a, selon certains indices, sensiblement baissé au cours des dernières années (de plus de 24% dans les années 1998-2000 à moins de 22% dans les années 2003 et 2004). Cette diminution peut probablement être attribuée à l'introduction du MAF (maximum à facturer).

Etant donné qu'en même temps la quote-part du financement privé des soins de santé (donc y compris les assurances complémentaires privées) reste relativement constante (environ 30% des dépenses de santé totales), on peut affirmer que la diffusion des assurances-santé privées se poursuit.

Les dépenses totales prises en considération dans ce contexte divergent légèrement des résultats des comptes-santé ("Health accounts") pour la Belgique, qui ne sont disponibles actuellement que pour 2003. Selon cette méthodologie (dite SHA, développée par l'OCDE en 2000), les dépenses de santé atteignaient en Belgique, en 2003, environ. 9,9 % du PIB.

Dans son dernier rapport (mai 2006), le Comité d'étude sur le vieillissement estime que, **pendant la période de 2005 à 2050, le coût budgétaire des soins de santé** augmentera de 7,1% à 10,8% du PIB (+ 3,7 ppt)<sup>100</sup>. Cette projection tient compte, tant de facteurs démographiques (effet de volume et effet du vieillissement) que de facteurs non démographiques (en fonction du revenu par tête). Une projection séparée a été établie par type de soins : soins ponctuels et soins de longue durée. Pour les soins ponctuels, le Comité d'étude s'attend à un accroissement de 6,2 % à 8,6% du PIB (+ 2,4 ppt.). Les dépenses pour les soins de longue durée augmenteraient de 0,9% à 2,2% du PIB (+1,3 ppt.).

Le Groupe de travail sur le vieillissement du Comité européen de la Politique économique, qui avait déjà effectué une étude comparative similaire sur le plan européen s'attend à un accroissement moindre des dépenses<sup>101</sup>. Pendant la période de 2004 à 2050, les dépenses publiques pour les soins de santé augmenteraient de 7,1% à 9,5% du PIB (+2,4 ppt.). Pour les soins ponctuels, on s'attend à un accroissement de 6,2 % à 7,6% du PIB (+ 1,4 ppt.). Les dépenses pour les soins de longue durée augmenteraient de 0,9% à 1,9% du PIB (+1 ppt.). Dans le cadre d'une comparaison européenne, l'augmentation attendue des dépenses pour les soins ponctuels serait, en Belgique, inférieure à la moyenne (UE25 = +1,6 ppt.), alors que l'accroissement attendu des dépenses pour les soins de longue durée serait plus élevée que la moyenne is (UE25 = +0,6 ppt.).

Les différences entre ces deux projections s'expliquent en partie par le point de départ plus pessimiste du Comité d'étude quant à l'état de santé futur de la population<sup>102</sup>. Le Comité d'étude considère comme constant dans le temps le profil des dépenses par tête d'habitant de l'année de base. Etant donné l'allongement attendu de l'espérance de vie, ce point de vue indique qu'on part de l'hypothèse d'un plus grand nombre

---

<sup>100</sup> Voir Conseil supérieur des Finances, Comité d'étude sur le vieillissement, Rapport annuel. Mai 2006. Ce pourcentage diffère dans une certaine mesure de celui mentionné plus haut parce qu'on a utilisé des concepts différents en matière de dépenses de santé.

<sup>101</sup> The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In: European Economy. Special Report n° 1/2006.

<sup>102</sup> Pour une comparaison détaillée des deux projections, voir Conseil supérieur des Finances, Comité d'étude sur le vieillissement, Rapport annuel. Mai 2006, . p. 91-111.

d'années passées en mauvaise santé. L'OMS part d'une hypothèse plus optimiste selon laquelle il est question d'une certaine amélioration de la santé des personnes âgées à un âge donné. L'impact démographique du vieillissement est donc moins important dans le cas des estimations de l'OMS. Concernant les facteurs non démographiques également, le Comité d'étude part d'hypothèses plus pessimistes que l'OMS. Il part en effet d'une plus grande élasticité en matière de revenus et présuppose une plus grande influence de l'accroissement des revenus par tête d'habitant sur les dépenses publiques de santé.