

Rapport social national 2012

Belgique

Table des matières

1. Introduction	1
2. Analyse du contexte économique et social et des progrès effectués dans la réalisation des objectifs communs de la MOC sociale.....	2
3. Approche stratégique globale: une sécurité sociale efficace et efficiente, l'augmentation du taux d'emploi et la réforme de l'Etat	5
4. Réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale	6
5. Des pensions socialement efficaces et viables.....	9
6. Soins de santé et soins de longue durée accessibles, de qualité et viables	11
Annexes techniques	15
1. Indicateurs globaux de la MOC Sociale : Belgique	15
2. Indicateurs contextuels : Belgique	16
3. L'objectif Europe2020 : population en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (%) : Belgique.....	17
4. Comparaison de la Belgique avec la moyenne UE27 pour quelques indicateurs clés (EU-SILC 2010 sauf mention contraire).....	18

1. Introduction

Ce Rapport social national (RSN) 2012 pour la Belgique a été élaboré dans le cadre de la Méthode ouverte de coordination¹ sociale. Il donne un aperçu de la situation en Belgique, sur le plan des objectifs communs de la MOC et à partir d'une analyse des indicateurs développés dans le cadre de la méthode ouverte. Il commente aussi de manière sommaire les initiatives politiques qui ont été prises récemment et qui ont été annoncées afin d'atteindre ces objectifs. Le Rapport social national est conforme au Programme national de réforme (PNR) belge 2012 et le complète. Le RSN et le PNR doivent être lus conjointement. Des renvois spécifiques ont été repris plus loin dans le texte. En plus des sections du PNR relatives à l'inclusion sociale et à la sécurité sociale, les sections dans lesquelles la stratégie a été élaborée en fonction des objectifs 'Europe 2020' en matière d'emploi', d'une part, et de 'formation et d'enseignement', d'autre part, sont très importantes car cette politique occupe une place centrale dans la protection sociale en Belgique.

La politique de protection et d'inclusion sociales belge relève des autorités aux différents niveaux. En Belgique, un nouveau gouvernement fédéral est entré en fonctions début décembre 2011. Les mesures fédérales décrites dans ce rapport trouvent leur origine dans l'accord gouvernemental, la déclaration de politique et les notes politiques du nouveau gouvernement. Le rôle des Communautés et Régions, en particulier dans le domaine de l'inclusion sociale, des soins de santé et des soins de longue durée, est très important et le sera encore plus une fois que la réforme de l'Etat prévue aura été mise en œuvre (voir plus loin). Les parties de ce rapport qui traitent de ces domaines politiques ont été élaborées en concertation avec ces autorités.

Compte tenu du fait que les directives relatives à ce rapport ont été fournies tardivement² et que le contenu doit être adapté à celui du PNR, il n'était pas possible de consulter des parties prenantes sur ce rapport en particulier. Plus loin dans ce rapport, il sera précisé, si relevant comment les parties prenantes sont impliquées dans l'élaboration ou l'exécution de la politique.

Vu que l'étendue de ce rapport est limitée, il était, dans bien des cas, impossible de reprendre dans le texte une analyse détaillée des indicateurs par sous-groupes (sexe, région, ...). Les données ventilées selon l'âge et le sexe pour les indicateurs clés de la MOC ont bien été reprises dans l'annexe technique. Des données détaillées sont collectées et analysées par le Groupe de travail Indicateurs MOC sociale³.

La structure de ce rapport est la suivante:

La section 2 comprend une analyse du contexte économique et social en Belgique et des progrès accomplis en ce qui concerne les objectifs communs de la MOC sociale, sur la base, principalement, des indicateurs MOC.

La section 3 brosse le portrait de l'approche stratégique globale de la politique belge de protection sociale centrée sur le maintien d'une sécurité sociale forte, le relèvement du taux d'emploi et la réforme de l'Etat.

Les sections 4, 5 et 6 reprennent un bref aperçu des mesures phares adoptées ou prévues, conformément aux directives du présent rapport et pour, respectivement, les trois volets de la MOC sociale : l'inclusion sociale, les pensions et les soins de santé et de longue durée.

¹ La MOC sociale est poursuivie et renforcée dans le cadre de la stratégie Europe 2020. Voir: Conseil Emploi, Politique Sociale, Santé et Consommateurs (EPSCO) 17 juin 2011 - The Future of the Social Open Method of Coordination (OMC) - Endorsement of the Opinion of the SPC
<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/11/st10/st10405.en11.pdf>

² The Social Protection Committee. Preparation of the 2012 National Social Reports (NSR). SPC/2012.2/4 (15/02/2012).

³ L'ensemble d'indicateurs est disponible à l'adresse <http://www.socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/sociale-bescherming-inclusie-indicatoren/sociale-bescherming-inclusie-indicatoren.htm>. Les indicateurs clés pauvreté font l'objet d'un suivi dans le Baromètre interfédéral de la pauvreté: <http://www.mi-is.be/be-fr/doc/politique-de-lutte-contre-la-pauvrete/le-barometre-interfederal-de-la-pauvrete-2011> .

Une annexe technique montre comment la Belgique se positionne sur les indicateurs globaux de la MOC sociale et sur l'indicateur 'risque de pauvreté ou d'exclusion sociale', principal indicateur d'inclusion sociale dans la stratégie Europe 2020. Pour une sélection d'indicateurs clés, le score de la Belgique est comparé avec la moyenne UE27.

La rédaction de ce rapport a été réalisée par le Service public fédéral Sécurité sociale (coordination générale), le Service public fédéral de Programmation Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie sociale et Politique des Grandes Villes et le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

2. Analyse du contexte économique et social et des progrès effectués dans la réalisation des objectifs communs de la MOC sociale

Bien-être, protection sociale, pauvreté ou exclusion sociale

La Belgique connaît une grande prospérité et un système de protection sociale très développé. En 2009 (EU-SILC 2010), le revenu disponible médian (équivalent) était parmi les plus élevés des 27 Etats membres (9^e place). L'inégalité en termes de revenus est relativement faible: le ratio S80/S20 était, pour cette même année, de 3,9 (9^e place parmi les 27 Etats membres de l'UE). En 2009, les dépenses de protection sociale représentaient 28,9% du PIB, soit un niveau tout juste supérieur au niveau moyen des 27 Etats membres (28,4% du PIB)⁴. Les prestations sociales réduisent le pourcentage de risque de pauvreté de 27% à 15%, ce qui signifie une réduction de 46% (EU27 : 37%)⁵.

En 2010, 14,6% (EU27 : 16,4%) de la population ont été confrontés au *risque de pauvreté*⁶. Ce pourcentage global cache des différences importantes entre les régions et les catégories de population. A Bruxelles, le risque de pauvreté est de 28%⁷, contre 18% en Wallonie et 10% en Flandre. Les catégories suivantes sont très (extrêmement) exposées au risque de pauvreté: les chômeurs (30%), les membres de familles à très faible intensité de travail (sans enfants: 38%, avec enfants: 72%), les membres de familles monoparentales (35%), les personnes peu qualifiées (23%), les personnes ne possédant pas la nationalité d'un Etat membre de l'UE (51%), les locataires (30%). Les seniors (19%) et les enfants (18%), les malades ou les invalides (19%) ou les autres personnes qui ne travaillent pas (25%) sont eux aussi plus exposés au risque de pauvreté. 5,9% de la population ont aussi été confrontés à une *privation matérielle sévère*. Ces privations graves concernent surtout les personnes isolées (11%), les parents isolés (18%), les chômeurs, les malades / handicapés et les locataires (tous 16%), les personnes ne possédant pas la nationalité d'un Etat membre de l'UE (30%) et les personnes sans travail rémunéré (15% sans enfants, 34% avec enfants). 10% de la population totale vivaient dans un *ménage à très faible intensité de travail*. Les catégories de population particulièrement à risque sont ici: les personnes de 50 à 64 ans (15%), les personnes isolées (15%), les parents isolés (36%), les locataires (22%), les personnes ne possédant pas la nationalité d'un Etat membre de l'UE (28%) et les personnes peu qualifiées (14%).

En 2010, en Belgique, 5% de la population au travail étaient confrontés au risque de pauvreté. Ce pourcentage compte parmi les plus faibles des 27 Etats membres de l'UE, mais compte tenu de l'étendue du groupe des travailleurs, les travailleurs pauvres représentent toujours une part importante de la population totale qui présente un risque de pauvreté (17%). Par ailleurs, également en 2010, 12,6% (EU27 : 10,0%) de la population des 0 à 59 ans vivaient dans un ménage à très faible intensité de travail. Ce pourcentage est un des plus élevés des 27 Etats membres de l'UE. Le risque de pauvreté de ces personnes est relativement élevé, surtout lorsque le ménage compte des enfants (risque de pauvreté supérieur à la moyenne des 27 Etats membres de l'UE). Ces indicateurs montrent que pour certains groupes spécifiques, l'accès au marché du travail et, pour les personnes sans emploi, le niveau des prestations –

⁴ Les chiffres 2009 sont encore provisoires pour une série d'Etats membres.

⁵ Pour le calcul de cet indicateur les pensions ne sont pas considérées comme des prestations sociales.

⁶ Voir l'annexe technique pour une définition des indicateurs cités et la source des données.

⁷ A Bruxelles, l'échantillon est trop restreint et par conséquent, ce pourcentage est soumis à une grande incertitude statistique.

dont certaines sont en dessous du seuil de risque de pauvreté – constituent des défis importants.

En 2010, le pourcentage de personnes vivant dans un ménage où les frais de logement étaient très élevés (plus de 40% des revenus du ménage) était de 33% pour le quintile des revenus les plus bas et de 1% pour le quintile des revenus les plus élevés. Ces chiffres correspondent à peu près à la moyenne européenne.

Evolution du risque de pauvreté ou d'exclusion sociale au fil du temps et objectif d'inclusion sociale d'Europe 2020

En 2008, en Belgique, 2.194.000 personnes ont été confrontées au *risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Ces personnes étaient, en d'autres termes, confrontées au risque de pauvreté ou vivaient dans un ménage à très faible intensité de travail ou faisaient l'objet d'une privation matérielle sévère (union des trois indicateurs susmentionnés). La Belgique souhaite que d'ici 2020 (données 2018), le nombre de personnes confrontées au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale soit réduit d'au moins 380.000 unités par rapport à l'année de référence (2008). Cela suppose une réduction de 17%.

L'évolution entre 2004 et 2010 est illustrée dans la section 4.5 du PNR et dans l'annexe technique 3 du présent rapport. On a pu constater une légère tendance à la baisse sur la période 2005-2009, mais cette tendance ne s'est pas poursuivie en 2010: entre 2009 et 2010, il est question d'une légère augmentation. La tendance à la baisse était surtout due à l'indicateur 'très faible intensité de travail' et, dans une moindre mesure, à l'indicateur 'privation matérielle sévère'. Ces deux indicateurs sont aussi à l'origine de l'augmentation très limitée observée dans les données les plus récentes.

Croissance économique, développement du taux d'emploi et impact de la crise

La situation économique en Belgique et les prévisions jusqu'en 2016 sont commentées dans la section 1 du Programme National de Réforme.

Entre 2005 et 2007, la Belgique a connu une croissance annuelle du PIB modérée qui s'élevait, en moyenne, à 2,4%, soit un peu moins que celle observée dans l'Europe des 27 (2,8%). Dans notre pays, l'impact économique de la crise a toutefois été, en moyenne, plus limité que dans cette même Europe : en 2008 et 2009, en effet, la croissance du PIB s'élevait respectivement à 1% et -2,8%, contre 0,3% et -4,3% pour les 27 Etats membres de l'UE. Avec une croissance du PIB de 2,3% en 2010 et une croissance estimée à 1,9% en 2011, la reprise a été plus forte que pour toute l'Europe des 27 (+2% en 2010 et une estimation de +1,5% en 2011). L'impact de la crise est aussi resté relativement limité en ce qui concerne le taux d'emploi et le taux de chômage. Entre 2008 et 2009, le taux d'emploi (15-64 ans) est passé de 62,4% à 61,6%, mais il a augmenté à nouveau en 2010, pour atteindre 62%. Le taux de chômage de longue durée a progressé de 3,3% en 2008 à 4,1% en 2010, mais il semble qu'en 2011, il ait quelque peu diminué (3,8% au troisième trimestre). La crise financière a bien eu un impact budgétaire important. En 2007, la dette publique avait été ramenée à 84,1% du PIB, après une réduction progressive et de longue haleine. Elle est à nouveau estimée à 97,3% du PIB en 2011.

L'impact social de la crise en Belgique, mesuré à l'aide des indicateurs de la MOC sociale, est resté jusqu'ici relativement limité. Entre 2009 et 2010, le revenu disponible moyen équivalent des familles et, par conséquent aussi, le seuil de risque de pauvreté (60% dudit revenu) n'a pour ainsi dire pas changé. Cela prouve que la crise a eu un impact limité sur les revenus de la population. Dans certains Etats membres de l'UE, une perte significative de revenus peut être observée. Depuis quelques années, le risque de pauvreté se stabilise autour de 15%.

Contrairement à ce que constate le CPS pour une série d'Etats membres⁸, rien n'indique, pour l'heure, que la pauvreté soit devenue plus aigüe pendant la crise (du moins si on s'en réfère à l'écart relatif médian de risque de pauvreté). Le nombre de personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration a bien augmenté jusqu'au début de l'année 2010 et s'est ensuite stabilisé⁹. Le

⁸ SPC (2012) Third Report on the Social Impact of the Economic Crisis and the ongoing Fiscal Consolidation: Main Findings and Main Policy Messages.

⁹ Le nombre de personnes recevant de l'aide financière des CPAS (revenu d'intégration équivalent) a continué d'augmenter en 2010 et en début 2011.

nombre de personnes qui ont du mal à payer leurs factures et autres emprunts augmente également, selon quelques indicateurs.

Dans le contexte d'un ralentissement généralisé de la croissance dans la zone Euro, l'Institut des Comptes Nationaux, en février 2012 prévoyait une croissance économique de seulement 0,1% du PIB pour l'année 2012. La création d'emplois qui s'est arrêtée mi-2011, à cause de la mauvaise conjoncture, ne reprendrait que légèrement en 2012. Le taux de chômage, enfin, passerait de 7,2% à 7,5%.

Pensions

Des efforts importants ont été fournis ces dernières années pour garantir des pensions suffisantes, et augmenter les revenus minimaux des pensionnés (voir section 5). Cette politique a probablement contribué à réduire le risque de pauvreté pour les seniors (65+), qui est passé de 23% en 2006 à 19% en 2010 (Europe des 27: 16% en 2010). La baisse relativement forte observée entre 2009 et 2010 (de 22 à 19%) peut aussi s'expliquer par un seuil de risque de pauvreté quasi-constant. L'écart relatif médian de risque de pauvreté qui s'applique aux plus de 65 ans est resté stable ces dernières années.

Malgré l'évolution positive du risque de pauvreté, plusieurs indicateurs indiquent que les pensions, en moyenne et par comparaison avec les autres pays, ne sont pas élevées. A titre d'exemple, le ratio entre le revenu moyen de la population des 65 ans et plus et le revenu moyen de la tranche d'âge des 0-64 ans est de 75%, contre une moyenne de 88% pour l'Europe des 27. Le taux de remplacement agrégé, soit le rapport entre les pensions de la tranche d'âge des 65-74 ans et les revenus professionnels de la tranche d'âge des 50-59 ans, est de 44%, contre une moyenne de 53% dans l'Europe des 27. La Belgique se classe dans les cinq derniers Etats en ce qui concerne ces deux indicateurs.

Pour bien évaluer la situation des seniors en termes de bien-être, il est important de tenir également compte de l'habitation propre. Si on tient compte du loyer imputé dégagé de l'habitation propre, le risque de pauvreté des seniors se situe au même niveau que celui de la population en âge actif¹⁰. Contrairement à l'indicateur 'risque de pauvreté', les scores des seniors (65+) sont inférieurs à ceux des 0-64 ans en ce qui concerne la privation matérielle sévère (3% contre 6%).

Le taux de remplacement théorique prospectif indique qu'avec la politique actuelle et moyennant une série d'hypothèses, le taux de remplacement sera à peu près le même pour une personne qui partira à la retraite en 2050.

En ce qui concerne la soutenabilité budgétaire des pensions, le Comité d'étude sur le Vieillissement (2011) évalue le surcoût en matière de pensions à 0,8% du PIB sur la période 2010-2016 et 4,3% du PIB sur la période 2010-2060. Le surcoût global du vieillissement est estimé à 0,9% du PIB pour la période 2010-2016 et à 5,6% du PIB entre 2010 et 2060.

Soins de santé et soins de longue durée

Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour promouvoir la comparabilité internationale des indicateurs pertinents, mais sur base des données disponibles, la Belgique est assez performante sur les plans de la santé et de l'accès aux soins de santé. Dans le même temps, il convient aussi d'attirer l'attention sur le fait que comme dans d'autres Etats membres, des différences sociales importantes subsistent en termes de santé.

En 2009, l'espérance de vie à la naissance était de 82,6 ans pour les femmes et 77,1 ans pour les hommes. En ce qui concerne les femmes, ce résultat est tout juste supérieur à la moyenne de l'Europe des 27 (82,2 ans). L'espérance de vie des hommes en Belgique est par contre, supérieure de 1 an à la moyenne observée dans l'Europe des 27 (76,1 ans). L'espérance de vie en bonne santé à la naissance s'élevait, en 2009, à 63,7 ans pour les hommes et 63,5 ans pour les femmes. A 65 ans, l'espérance de vie en bonne santé était de 10,5 ans pour les hommes et 10,1 ans pour les femmes. L'espérance de vie totale à 65 ans est de 21,1 ans pour les femmes et 17,5 ans pour les hommes. On constate des différences importantes en fonction

¹⁰ Comité d'Etude sur le Vieillissement *Rapport Annuel Juin 2011* (p. 66-67): www.plan.be/admin/uploaded/201107120843500.Rapport_CEV_FR.pdf.

du statut socioéconomique. L'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans est ainsi estimée à 7,38 ans pour les hommes peu qualifiés et à 11,28 ans pour les hommes à niveau de qualification supérieur. Pour les femmes, ces mêmes chiffres s'élèvent, respectivement, à 7,56 et 12,57 ans (ISP, EU-SILC 2004).

La Belgique obtient un bon score pour l'indicateur 'accessibilité des soins de santé'. Le nombre de personnes qui doivent, pour des raisons financières, reporter une consultation chez le médecin figure parmi les plus faibles de l'Europe des 27. En 2010, ce groupe représentait 2,5% de la population. Le pourcentage grimpe jusqu'à 7% pour les 20% de la population aux revenus les plus faibles¹¹.

Pour la période 2010-2016, le Comité d'étude sur le Vieillissement (2011) évalue le coût budgétaire du vieillissement à 0,5% du PIB en ce qui concerne les soins de santé et autres soins de longue durée. Le surcoût est évalué à 3% du PIB pour la période 2010-2060.

3. Approche stratégique globale: une sécurité sociale efficace et efficiente, l'augmentation du taux d'emploi et la réforme de l'Etat

La sécurité sociale, assurance solidaire et redistributive visant à couvrir les risques sociaux, constitue le fondement de la protection sociale et de l'inclusion sociale en Belgique. Aujourd'hui, son équilibre financier est menacé surtout par la conjoncture défavorable qui influence les recettes et les dépenses, mais aussi par l'évolution démographique qui augmente la pression sur les prestations dans les secteurs invalidité, soins de santé et pensions (voir plus haut).

Vous trouverez ci-dessous une brève description de quelques axes stratégiques clés du gouvernement fédéral en ce qui concerne cette problématique. Les priorités et initiatives stratégiques qui concernent chacun des trois volets de la MOC sociale sont décrites séparément dans les sections suivantes.

Il faut rappeler au préalable que l'engagement du gouvernement de rétablir l'équilibre budgétaire de l'Etat pour 2015 (voir programme de stabilité) revêt une grande importance dans la perspective de la viabilité du système social.

Tout d'abord, *l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale* sera garanti tout au long de la législature (jusqu'en 2014) à l'aide d'une augmentation de la *dotation* existante garantissant la continuité du paiement des prestations sociales. La sécurité sociale doit être à même de respecter ses obligations à l'égard des citoyens. Pour le reste, le gouvernement s'en tiendra à l'ensemble des mesures de revalorisation prises dans le cadre de l'enveloppe 'bien-être' 2011-2012. Le droit des allocataires à la *liaison au bien-être des allocations* (liaison des allocations à l'évolution du niveau de vie général) a été confirmé. En 2013-2014, les montants des enveloppes disponibles diminueront temporairement, mais cela n'empêchera pas une hausse de minima sociaux, et notamment des pensions minimales des travailleurs salariés et indépendants.

Les deux mesures doivent permettre à la sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants de continuer à atteindre ses objectifs. Elles doivent aussi lui permettre de jouer pleinement son rôle de stabilisateur automatique.

La *lutte contre la fraude sociale* s'intensifiera en soutenant mieux les services d'inspection compétents et en mettant en œuvre des mesures concrètes pour lutter plus efficacement contre la fraude sociale. Cette dernière est très onéreuse, tant au niveau des recettes qu'au niveau des dépenses, et nuit à la légitimité du modèle social.

A fin de relever le taux d'emploi, d'aider les allocataires à trouver du travail et d'augmenter l'âge effectif de la retraite, il est fondamental, y compris à long terme, de *réformer structurellement le marché du travail et les pensions*. Des efforts supplémentaires seront accomplis pour aider les personnes en incapacité de travail à regagner le marché du travail.

¹¹ Il convient toutefois d'attirer l'attention sur le fait que cet indicateur ne donne qu'une image partielle de l'accessibilité des soins de santé.

Des mesures importantes seront également prises pour *limiter la croissance des dépenses dans le secteur des soins de santé*. Ces mesures ne peuvent nuire à l'accessibilité des soins et à la qualité du système des soins de santé. Une utilisation plus efficace des ressources devrait contribuer à la viabilité financière à long terme de ce secteur à haute intensité de main d'œuvre.

Enfin, l'accord gouvernemental du gouvernement fédéral comprend une section importante relative à *la réforme de l'Etat*. Il est annoncé un transfert de compétences conséquent vers les entités fédérées. Ce processus aura aussi un impact important sur la politique sociale. Les changements concernent la politique du marché du travail (et notamment le contrôle de la disponibilité des chômeurs, la politique axée sur les groupes cibles et l'orientation professionnelle), les soins de santé et l'aide aux personnes (aide aux personnes handicapées, politique hospitalière, politique des seniors et soins de longue durée, soins de santé mentale, politique de prévention, organisation des soins de santé de première ligne) et les prestations familiales. L'objectif est l'homogénéisation des ensembles de compétences au niveau des Régions et Communautés. Ce qui permettra de mener une politique plus efficace. Par ailleurs, la coordination nécessaire entre l'Etat fédéral, qui conserve des compétences importantes en matière de politique sociale (sécurité sociale, assistance sociale, impôt sur les personnes physiques, ...) et les entités fédérées restera garantie.

4. Réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Objectif national

L'accord de gouvernement fédéral confirme l'engagement que d'ici 2020 et par rapport à 2008, la population en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale devra être réduite d'au moins 380.000 personnes : voir section 4.5 du PNR. Le PNR mentionne des mesures-clés axées sur l'objectif général (4.5.1 Garantir la protection sociale) et les trois priorités politiques: réduire la pauvreté infantile (4.5.2), l'inclusion active des personnes éloignées du marché du travail (4.5.3) et la lutte contre le logement inapproprié et le sans-abrisme (4.5.4).

Mesures à l'égard de certains groupes présentant un risque accru de pauvreté non mentionnées dans le Programme national de réforme

Intégration des migrants et des minorités ethniques

Tel qu'indiqué à la section 2, les personnes à nationalité non UE courent un grand risque de pauvreté (51%). En Belgique, la politique d'intégration est une compétence des Régions, qui ont mis en place un vaste arsenal de mesures. Néanmoins, il ressort de données concernant le revenu d'intégration et l'assistance sociale qu'une part croissante des ressortissants non UE qui séjournent pour une longue durée en Belgique avec un statut de séjour légal recourt aux services du Centre public d'Assistance sociale (CPAS): en 2010, 17 % des bénéficiaires du revenu d'intégration étaient des ressortissants de pays non membres de l'UE, ce qui représente une hausse de 2 points de pourcentage par rapport à 2003. Simultanément, on constate que ces personnes constituent un groupe cible sans cesse croissant dans la cadre de la politique d'activation des CPAS: 37 % en 2010 contre 23 % en 2003. Pour mesurer les résultats de la politique d'intégration, une étude a été lancée en 2011 au niveau fédéral en ce qui concerne la reconnaissance des activités des CPAS en faveur de l'intégration des migrants. Les résultats (disponibles à la mi-2012) constitueront la base du développement de la politique. La Flandre rédigera un plan d'action intégré pour approcher le thème de l'intégration de manière inclusive, mais explicite, avec des actions dans différents domaines stratégiques et en accordant une attention spécifique aux migrants d'Europe centrale et orientale (les Roms), aux migrants qui vivent dans la pauvreté et aux gens du voyage. En matière de politique médiatique, des efforts supplémentaires seront fournis en ce qui concerne l'image que se fait la population en tentant de refléter plus fidèlement la diversité de la société. En Région de Bruxelles-Capitale, le 'Plan anti-discrimination et diversité' est exécuté. Fin 2010, 39 sociétés se sont engagées au moyen d'un plan diversité (cofinancé). Six d'entre elles (20.000 collaborateurs) ont déjà lancé un plan. En Wallonie, les moyens consacrés à l'intégration des personnes d'origine étrangère ont été accrus et renforcés grâce au Plan Marshall (5.690.000 euros en 2011). Sept centres régionaux d'intégration coordonnent des plans locaux d'intégration portés par les communes, travaillent au parcours d'intégration des primo-

arrivants et mettent en place des initiatives spécifiques et des concertations en matière d'insertion socioprofessionnelle. Ceci est complété par les initiatives locales de développement social qui permettent de soutenir des projets d'associations œuvrant avec un public d'origine étrangère et selon une méthodologie adaptée.

La stratégie belge pour l'intégration des Roms est favorable à une approche intégrée et coordonnée qui accorde une attention spécifique à la participation et à l'intégration des Roms dans la société.

Parents isolés

Les parents isolés et leurs enfants constituent un autre groupe présentant un risque accru de pauvreté (35%). Au niveau fédéral, on veillera à ce que la loi visant l'intégration de la dimension du genre dans l'ensemble des politiques fédérales soit mise en œuvre. Lors des futures réformes, le gouvernement fédéral accordera une attention particulière au renforcement de la politique d'égalité entre hommes et femmes dans le cadre des questions socioéconomiques, ainsi qu'à la position des familles monoparentales et des isolés. Le soutien des parents isolés constitue une préoccupation centrale dans la lutte renforcée contre la pauvreté infantile de la Flandre (voir PNR). En Région bruxelloise, un groupe de travail qui accorde une attention spécifique aux familles monoparentales a été mis sur pied dans le cadre du Pacte territorial pour l'emploi. Au moyen d'une étude de quatre ans, ce groupe de travail étudiera les problèmes et formulera des recommandations lors de rencontres auxquelles participeront notamment des familles monoparentales. En Wallonie, on souhaite soutenir la parentalité notamment par le biais d'un renforcement des espaces-rencontres en 2012 (avec prise d'effet au 1/01/2013). Par ailleurs, le Plan global égalité, adopté en 2011, reprend un ensemble d'aides au bénéfice notamment des familles précarisées, dont bon nombre de familles monoparentales. Rappelons enfin que les familles monoparentales bénéficient depuis octobre 2008 d'allocations familiales majorées et ont depuis 2010 accès à des remboursements préférentiels (souvent la gratuité) en matière de soins de santé.

La pauvreté chez les travailleurs

En 2010, 5 % des travailleurs ont été confrontés au risque de pauvreté en Belgique. Ce pourcentage fait partie des plus bas de l'Union européenne. Des facteurs institutionnels comme un salaire minimum légal, l'indexation automatique des salaires, les limitations légales du temps de travail minimal, des dispositions fiscales comme le coefficient de mariage et le régime de sécurité sociale qui prévoit une couverture universelle soins de santé et des allocations familiales pour tous les enfants contribuent à cette réussite. Le risque de pauvreté le plus élevé parmi les travailleurs peut être constaté chez les personnes à contrat provisoire, qui n'ont pas travaillé une année complète, les isolés et les familles monoparentales. Une analyse récente montre qu'un salaire peu élevé n'est pas synonyme de pauvreté dans le travail. De nombreuses personnes qui bénéficient d'un salaire peu élevé ne sont pas les seules sources de revenus dans le ménage, mais les bas salaires qui sont les seules sources de revenus sont souvent pauvres, voire très pauvres.

En 2013, l'autorité fédérale augmentera la quotité exemptée sur les bas et moyens revenus de 200 euros afin d'alléger la pression fiscale sur les personnes qui travaillent, ce qui représente un bénéfice d'environ 50 euros net par an pour le travailleur (salarié, indépendant ou fonctionnaire). Elle reformera aussi l'exonération pour insertion professionnelle dont fait l'objet un bénéficiaire du revenu d'intégration sociale qui reprendrait un emploi à temps partiel afin de faciliter l'accès au travail et de favoriser l'augmentation de la durée de travail.

Objectif commun: une politique coordonnée qui associe tous les niveaux de pouvoir et toutes les parties prenantes, en particulier les personnes qui vivent dans la pauvreté

Ces dernières années, des efforts ont été fournis à tous les niveaux de pouvoir en vue d'une meilleure coordination de la politique d'inclusion sociale. Chacune à leur manière propre, les autorités ont œuvré à une préparation transparente, au suivi, à l'évaluation et à l'adaptation de la politique en accordant de l'importance à l'implication de toutes les parties prenantes, en particulier les personnes qui vivent dans la pauvreté.

Pour parvenir à une politique coordonnée qui se base davantage sur les dimensions multiples de la pauvreté que sur les différents domaines de politique et les différentes compétences, le fonctionnement de la Conférence interministérielle 'Intégration dans la société', qui rassemble les ministres compétents à tous les niveaux de pouvoir, a été intensifié en 2011 au moyen de cinq groupes de travail thématiques (sans-abrisme, fracture digitale, surendettement, intégration des Roms, logement solidaire) et le groupe de travail permanent pauvreté qui doit assurer la coordination des politiques entre le niveau fédéral et le niveau des entités fédérées. Au niveau interfédéral, le Rapport bisannuel du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, où des recommandations stratégiques sont formulées sur la base de la méthode du dialogue, reste une source d'inspiration importante pour les futurs développements de la politique. Le Baromètre interfédéral de la pauvreté suit les évolutions au moyen d'un certain nombre d'indicateurs soigneusement sélectionnés. Pour garantir l'implication de toutes les parties prenantes dans l'élaboration du PNR et du RSN, le Groupe de travail Actions du PANIncl a été réformé en 2011 pour devenir la Plateforme belge contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale UE2020, par analogie avec la Plateforme européenne contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale. La Plateforme belge constitue l'organe central de concertation pour la préparation et le suivi des politiques européenne et belge en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

La mise à jour prévue du *Plan fédéral de lutte contre la pauvreté* en 2012, où l'approche transversale et inclusive de la lutte contre la pauvreté joue un rôle de premier plan au niveau fédéral, constituera un nouvel incitant en faveur d'une approche coordonnée.

Depuis l'entrée en fonction de l'actuel gouvernement flamand, en juillet 2009, *la politique flamande de lutte contre la pauvreté* est coordonnée par une vice-ministre-présidente. Le niveau local a été reconnu comme régisseur d'une politique de lutte contre la pauvreté locale, inclusive et intégrale. Au travers du VAPA (plan d'action flamand pour la lutte contre la pauvreté) 2010-2014, l'Autorité flamande vise une lutte contre la pauvreté ambitieuse, inclusive et coordonnée. Une collaboration intensive entre les différents domaines et niveaux de la politique est assurée et les conditions sont créées pour la participation des personnes qui vivent dans la pauvreté au cycle de la politique et à la société. Les mesures font l'objet d'un suivi et un rapport d'avancement est publié annuellement. Les acteurs de la société civile, le 'Vlaams Netwerk van Verenigingen waar Armen het Woord Nemen' (réseau flamand des associations où les pauvres prennent la parole) et le Parlement flamand insistent sur l'établissement de priorités dans le plan en vue d'en accroître la force et la visibilité. Le VAPA est en cours d'adaptation.

La *Région de Bruxelles-Capitale* publie tous les deux ans un rapport sur la pauvreté qui comporte cinq parties:

1. un 'baromètre du bien-être' annuel contenant des données de base sur la situation socioéconomique de la population bruxelloise et des indicateurs de pauvreté;
2. un rapport thématique qui se concentre sur les problèmes d'un groupe cible spécifique et qui est rédigé conjointement avec les services sociaux et les associations où les pauvres prennent la parole;
3. des regards croisés, des contributions sur les caractéristiques de la pauvreté et sur la lutte contre la pauvreté;
4. un Plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté composé par les quatre autorités bruxelloises au moyen d'un accord de coopération;
5. la synthèse d'une table ronde qui concerne toutes les parties du rapport, l'accent étant mis sur les groupes cibles spécifiques

En outre, différentes plateformes et structures de concertation ont été mises sur pied pour coordonner la politique sociale bruxelloise.

À l'échelon local, les communes impliquées dans le *Plan de cohésion sociale wallonne* (PCS)¹² 2009-2013 ont élaboré, en concertation, des plans d'action. Le plan se base sur un indicateur d'accès aux droits fondamentaux qui permet de mesurer le niveau de cohésion sociale de la commune et de définir aussi le montant de la subvention allouée au plan. L'évaluation et la

¹²Le Plan de Cohésion Sociale en chiffres, c'est 147 communes, 1.700 actions, 34 millions d'euros par an, 670 emplois temps plein.

mesure de l'impact des plans est en cours en vue de l'élaboration du prochain Plan de cohésion sociale 2014-2019. Dans le cadre du projet 'Vers une Wallonie sans pauvreté d'ici 2025', le gouvernement soutient le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté pour stimuler et structurer la participation active des populations en situation de pauvreté.

5. Des pensions socialement efficaces et viables

D'importantes mesures sont prises pour promouvoir **la viabilité de la sécurité sociale en général et du système des pensions en particulier** (deuxième objectif commun en matière de pensions).

Conformément à la recommandation européenne pour la Belgique d'éviter le départ anticipé du marché de l'emploi pour relever clairement l'âge effectif de la retraite (recommandation 2), le gouvernement fédéral s'est donné pour objectif que 50% des personnes de 55 à 64 ans travaillent en 2020, par rapport à 37,3% en 2010 (+2,0 points de pourcentage par rapport à 2009) (voir section 4.1 dans le PNR). Des simulations montrent que si cet objectif était atteint, le taux d'emploi total augmenterait de 2,9%.

Les mesures qui ont été prises ou qui sont en préparation sont commentées à la section 3.1 du PNR (problématique de fin de carrière). Pour les adaptations au départ anticipé grâce au système des allocations de chômage, nous renvoyons au PNR. Les mesures concernent notamment les prépensions (allocation de chômage avec complément versé par l'ancien employeur): la prépension conventionnelle, la prépension dans les entreprises en difficultés ou en restructuration; l'obligation de continuer à s'inscrire en tant que demandeur d'emploi également à un âge plus avancé; l'accompagnement des demandeurs d'emploi âgés; l'obligation de respecter la pyramide d'âge lors d'un licenciement collectif; l'adaptation des subsides patronaux pour l'engagement de collaborateurs âgés en Flandre; l'amélioration des conditions de travail pour les aînés.

Nous abordons ici plus en détail les réformes importantes du système belge des pensions qui ont été décidées par le gouvernement fédéral.

La priorité est donnée au relèvement systématique de l'âge minimum de la pension de vieillesse anticipée dans tous les régimes de pension (salariés, indépendants, fonctionnaires). L'âge de l'accès à la pension de retraite anticipée est relevé progressivement jusqu'à 62 ans s'il y a une carrière d'au moins 40 ans en 2016 (60 ans s'il y a une carrière d'au moins 42 ans et 61 ans avec une carrière d'au moins 41 ans), alors qu'aujourd'hui, la condition d'âge est de 60 ans et la condition de carrière est de 35 ans (travailleurs salariés et indépendants) et de 5 ans (fonctionnaires).

Les systèmes du bonus de pension (salariés et indépendants), instauré en 2007, et du complément d'âge (fonctionnaires), instauré en 2001, comme incitant à prolonger la carrière et à freiner la retraite anticipée, feront l'objet d'une évaluation en 2012 en vue de renforcer leur effet stimulant.

Des mesures ont également été prises pour limiter les périodes assimilées pour le calcul de la pension. Il s'agit de périodes d'inactivité qui – bien que l'assuré n'ait pas payé de contributions financières durant ces périodes – sont assimilées, pour le calcul du montant de la pension, à des périodes où des contributions sociales ont été payées. Ainsi, le chômage de la troisième période et les périodes de prépension avant 60 ans, à l'exception des prépensions sur la base d'une convention collective de travail ou dans le cas d'une entreprise en difficultés ou en cours de restructuration et quelques autres systèmes de prépension limités, seront désormais uniquement valorisés dans le calcul de la pension sur la base du droit minimum par année de carrière.

Les périodes d'interruption volontaire de travail, excepté crédit-temps motivé et congés thématiques, ne seront plus valorisées que pour un an maximum dans le calcul de la pension. Dans le cas d'une réduction du temps de travail d'1/5^e temps, cette assimilation pourra être comptée en jours.

Depuis 2003 les gouvernements belges successifs visent une démocratisation et une solidarisation des pensions du deuxième pilier (pensions sectorielles et d'entreprise). Ceci a été partiellement réalisé (de moins de 30 % de tous les salariés couverts en 2003 à plus de 60 % couverts en 2011). Le présent gouvernement fédéral souhaite poursuivre l'élargissement et étudier l'approfondissement des pensions du deuxième pilier. C'est pourquoi dans une première étape le gouvernement consultera les partenaires sociaux à propos de la généralisation du deuxième pilier ou de la création d'un premier pilier bis.

Enfin, le régime des pensions de survie sera également réformé, pour les veuves et les veufs de moins de 30 ans. Les personnes qui perdent leur partenaire bénéficieront d'une 'allocation de transition' dont la durée dépendra de l'âge, du nombre d'enfants et du nombre d'années de cohabitation légale ou de mariage. Au terme de la période d'allocation de transition et en l'absence d'un emploi, un droit aux allocations de chômage sera immédiatement ouvert, sans stage d'attente et avec un accompagnement adapté et anticipé. Les règles de cumul d'une pension de survie et de revenus professionnels seront assouplies afin de lutter contre les pièges à l'emploi.

En ce qui concerne **l'adéquation des pensions** (premier objectif commun en matière de pensions), des efforts importants ont été fournis ces dernières années pour relever les revenus minimums des personnes retraitées. Ainsi, la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) a été augmentée fin 2006 jusqu'au seuil du risque de pauvreté de l'époque. Les pensions minimum ont également été augmentées, dont celles des indépendants. En outre, un droit minimum par année de carrière a été instauré.

Le nouveau gouvernement fédéral a aussi prévu d'autres mesures complémentaires pour améliorer l'efficacité sociale du système des pensions. Ainsi, le droit à la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) sera octroyé plus rapidement pour éviter que les personnes âgées ne fassent pas valoir leurs droits ou en bénéficient trop tard. Les pensions des indépendants et des salariés seront revalorisées dans le cadre de l'enveloppe bien-être, tout comme par le passé. Par ailleurs, le gouvernement va mettre au point une série de mesures pour combattre la pauvreté chez les personnes âgées et des retraités (à introduire au premier semestre 2014).

La limite des revenus professionnels pour les retraités sera en outre supprimée pour les personnes qui comptent 42 années de carrière en 2013. Cette mesure sera évaluée en 2014 en vue d'un éventuel relèvement de cette condition de carrière. Pour les personnes qui n'atteignent pas la condition de carrière, l'actuel plafond de revenus (désormais indexé) sera maintenu mais la sanction sera proportionnelle au dépassement. Il restera impossible de se constituer des droits de pension complémentaire lorsqu'on bénéficie déjà d'une pension.

Le troisième objectif commun de la MOC sociale en matière de pensions renvoie entre autres à l'importance **d'informer adéquatement le citoyen pour qu'il puisse planifier sa retraite**. Le gouvernement fédéral veut faire en sorte que tous les travailleurs reçoivent de préférence annuellement et par voie électronique, et dès le début de leur carrière, une estimation de leurs futurs droits à la pension, constitués dans le premier et le deuxième pilier. Les données de carrière concernant les trois régimes de pension et les pensions complémentaires seront rassemblées dans une banque de données unique. De cette manière, il n'existera qu'un seul point de contact pour informer les retraités et les futurs retraités sur leur situation et les droits qu'ils se sont constitués.

Participation des stakeholders

En général, il y a une large concertation avec les partenaires sociaux (organisations des employeurs et des travailleurs) au sujet des modifications aux différents régimes de pensions. En ce qui concerne le personnel du secteur public elle est menée au sein du Comité A, l'organe de concertation entre l'autorité en tant qu'employeur et les syndicats des fonctionnaires. En ce qui concerne les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants elle a lieu au sein du Conseil National du Travail et au Comité de Gestion de l'Office National des Pensions et de l'Institut National d'Assurances sociales pour Travailleurs Indépendants.

Au cours de la précédente législature le ministre des pensions de l'époque a organisé une conférence nationale des pensions, à laquelle tous les partenaires sociaux et d'autres organisations concernées de la société civile (organisations des aînés, des femmes...) ont participé. Cette conférence des pensions a débouché sur un livre vert, qui a contribué aux mesures de réforme concernant les pensions reprises dans l'accord du nouveau gouvernement fédéral.

Déjà en décembre 2011 le gouvernement fédéral a fait voter les mesures les plus importantes dans le domaine des pensions au Parlement. Ensuite, en janvier et en février 2012 il y a eu une large et longue concertation avec les partenaires sociaux au sujet des mesures d'exécution et d'accompagnement. Cette concertation a donné lieu à d'importantes adaptations des mesures prises, sans toutefois toucher au cœur de la réforme : l'augmentation de deux ans de l'âge effectif de la retraite.

6. Soins de santé et soins de longue durée accessibles, de qualité et viables

Le système belge de soins de santé obtient, dans le cadre de l'enquête Eurobaromètre, le score de satisfaction le plus élevé en Europe auprès de sa population¹³. Il décroche également de bons scores dans des études internationales en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins. Toutefois, la lutte contre les inégalités en matière de santé et pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé restent des préoccupations majeures. Dès lors, une politique visant à améliorer en permanence la qualité, la durabilité et l'accessibilité des soins est menée.

Réalisations récentes

Tout d'abord, des efforts considérables ont été fournis en vue d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé: en premier lieu, en développant davantage le 'maximum à facturer': un instrument protégeant les familles lorsque leurs dépenses totales en frais de maladie pour les soins remboursés (soit les tickets modérateurs) dépassent un certain plafond, qui varie selon les revenus du ménage. Ensuite, les tarifs de remboursement ont été augmentés pour des catégories de patients ayant des frais médicaux élevés, comme les patients atteints de maladies chroniques ou rares, les patients atteints d'un cancer ainsi que pour les soins dentaires. Le système du tiers payant sera encore étendu pour les familles à revenus modestes : il s'agit d'un système par lequel le patient paie uniquement le ticket modérateur au dispensateur de soins, tandis que, un tiers, à savoir la mutualité, se charge à priori du paiement de la partie remboursable des frais, que le patient ne doit dès lors pas 'pré-financer'. Au niveau régional, des initiatives ont été prises afin de garantir l'accessibilité financière des soins de longue durée, en particulier pour personnes âgées. La Région wallonne a par exemple amélioré le soutien financier pour l'aide familiale et la Communauté flamande a poursuivi le développement de l'assurance soins flamande, une assurance complémentaire pour frais de soins non médicaux, qui améliore l'accessibilité des soins. Une étude récente de l'OCDE¹⁴ par exemple montre que tous ces efforts ont été couronnés de succès. Selon l'étude, il n'y a pas d'inégalités significatives en Belgique en ce qui concerne les consultations d'un médecin généraliste entre les personnes ayant un statut socioéconomique plus ou moins élevé. Pour les soins spécialisés (à l'hôpital ou en extra muros), cette étude constate des inégalités limitées.

Ensuite, des actions concrètes ont également été menées dans le domaine de la prévention: dans ce cadre, les autorités flamandes ont formulé des objectifs de santé quantifiés et des plans d'action qui y sont liés, par exemple en matière de vaccination et de dépistage du cancer du sein, et depuis l'année scolaire 2010-2011, elles offrent le vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) à toutes les jeunes filles en première année de l'enseignement secondaire en Flandre. La Communauté française fournit ce vaccin au cours de la deuxième année de l'enseignement secondaire. Par ailleurs, la Communauté française a également mis en œuvre depuis 2009 un programme de dépistage des cancers colorectaux. Au niveau fédéral, le Plan

¹³ Eurobarometer (April 2010) *Patient safety and quality of healthcare*
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf .

¹⁴ Measuring and Explaining Disparities in Health Care Utilisation, OESO 2011 et OECD Health working paper N° 50 (2004): Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries.

Cancer pluriannuel (3 ans) a été adopté en 2008. Il comporte un volet important consacré à la prévention et au dépistage.

En ce qui concerne la qualité des soins, il est à souligner que les jalons d'une réforme des soins psychiatriques ont été posés, afin d'évoluer d'un concept basé exclusivement sur des soins en institution, vers un concept de réseau, afin de mieux intégrer le patient psychiatrique dans la société. A cet effet, dans le cadre de projets - pilotes, des nouvelles formes de soins ambulatoires sont développées, et des réseaux entre institutions de soins psychiatriques et autres institutions sociales dans le domaine de l'enseignement et du travail sont créés et/ou développés.

Dans le domaine des soins de longue durée pour personnes âgées, un large éventail de nouveaux services a été développé pour les séjours de courte durée, l'aide à domicile et les soins personnels, avec entre autres une extension des services de soins à domicile tels que la garde, l'accueil temporaire, les soins de proximité et les centres de services régionaux. Les accents de cette extension connaissent des variations régionales. De même, le nombre de 'résidences-services' et de 'centres de jour' a fortement augmenté ces dernières années. Par ailleurs, le personnel infirmier et soignant ainsi que les aidants proches ont été mieux soutenus par exemple au moyen de programmes de formation et d'un meilleur financement de formations existantes. Cet accroissement des possibilités de soins à domicile s'accompagne d'un glissement des lits de maisons de retraite 'classiques' vers des lits de maisons de soins avec lourdeur de soins plus élevée. Il s'agit ici concrètement de la reconversion d'environ 20.000 lits au cours de la période 2005-2011.

La Communauté flamande a également promulgué en 2009 un décret en matière de soins à domicile et de soins résidentiels pour personnes âgées, visant à combiner et à mieux harmoniser des formes existantes et nouvelles de soins à domicile, de soutien de soins à domicile et de soins résidentiels pour personnes âgées. Le plan stratégique flamand pour les personnes âgées (2010-2014) souhaite également réaliser un degré élevé de protection sociale et d'égalité des chances, une offre de soins et de services accessibles et de qualité et des possibilités d'épanouissement personnel. La Région wallonne a adopté un plan d'action en vue d'améliorer le bien-être des personnes âgées et de les maintenir le plus longtemps possible à domicile. Par ailleurs, un plan alimentaire a par exemple aussi été élaboré pour les personnes âgées en maisons de repos et des mesures ont été prises en vue de réduire la fracture numérique, d'inciter les personnes âgées à faire de l'exercice physique, etc.

Au niveau fédéral, des actions spécifiques ont été initiées en matière de prise en charge de la démence sénile, ou de lutte contre les infections nosocomiales en institutions pour personnes âgées par exemple.

Initiatives prévues

Pour les prochaines années, les lignes de force de la politique à mener restent inchangées dans une large mesure: garantir des soins de santé de qualité et accessibles en accordant une attention soutenue à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacéité.

Afin d'améliorer l'accessibilité financière l'accès à l'intervention majorée de l'assurance maladie sera simplifié et rendu plus transparent pour mieux atteindre le groupe-cible. La procédure d'octroi du système du tiers payant aux familles à revenus modestes sera simplifiée et accélérée, et le système sera généralisé pour les patients les plus vulnérables (malades chroniques et bénéficiaires de l'intervention majorée). Pour les malades chroniques, un statut plus avantageux sera créé par ailleurs, qui tiendra compte de la gravité de l'affection et des frais qui y sont liés. En ce qui concerne les médicaments orphelins, une base légale sera mise en place en vue de permettre leur remboursement provisoire. Dans le cadre de la promotion de la santé et afin de réduire la fracture sanitaire, la Flandre renforcera également le fonctionnement des centres de santé de quartier dans les quartiers défavorisés.

Afin d'encore améliorer l'accessibilité physique, et compte tenu du nombre élevé de lits d'hôpitaux aigus en Belgique, l'autorité fédérale encouragera la collaboration et le rapprochement entre les hôpitaux et veillera à une répartition géographique plus équilibrée de l'offre de soins de première et de deuxième ligne. Lors de l'élaboration de la programmation

des structures d'aide sociale et de santé, l'autorité flamande se base sur la répartition en régions de soins en vue d'une couverture optimale.

En matière de prévention, l'autorité flamande envisage un renouvellement des objectifs sanitaires en ce qui concerne la prévention du suicide, les vaccinations et la prévention contre les chutes pour la période 2012-2020, tout en élaborant des nouvelles stratégies à ce sujet. Les mesures existantes de prévention du cancer du sein seront complétées en 2013 et 2014 par des mesures relatives au cancer du col de l'utérus et au cancer du côlon. La Communauté germanophone poursuivra en 2013 l'intégration des services chargés de la prévention et de l'éducation sanitaire dans les écoles afin de permettre une approche multidisciplinaire et de réduire le nombre de points de contact pour les usagers.

Afin d'améliorer la qualité, il s'agit de renforcer davantage le rôle du médecin généraliste au moyen de la plateforme eHealth belge : (1) en généralisant le dossier médical global électronique, enregistré auprès du médecin généraliste mais pouvant être partagé avec d'autres médecins, (2) en prenant des initiatives au niveau régional afin de créer une plateforme de partage électronique des données entre différents acteurs de la santé et de l'aide sociale, (3) en conférant un rôle central au médecin généraliste dans les 'trajets de soins', et (4) en optimisant les services de garde. Par ailleurs, il s'agit aussi d'assurer la disponibilité des dispensateurs de soins en rendant la profession de médecin généraliste, d'infirmier et d'aide-soignant plus attrayante au moyen d'actions au niveau fédéral et communautaire.

En ce qui concerne les soins de longue durée pour personnes âgées, un observatoire national des maladies chroniques est en voie de création et parallèlement se poursuit le plan national pour les maladies chroniques dans lequel l'accessibilité financière des soins chroniques occupe une place centrale. Par ailleurs, un large éventail de services nouveaux sont développés: ainsi, à l'initiative des autorités belges, des projets de soins innovants sont stimulés, tels que les projets d'innovation de soins dans le cadre de l'assurance maladie de l'autorité flamande. Il s'agit invariablement de permettre le maintien à domicile des personnes âgées et de garantir leur autonomie.

L'importance de la future réforme de l'État doit être soulignée. Actuellement, un grand nombre de compétences dans le secteur des soins sont partagées entre l'autorité fédérale et les Communautés. Dans le cadre de cette réforme de l'État, diverses compétences en matière de soins seront transférées aux Communautés, en vue d'accroître l'homogénéité des compétences afin que la politique menée tienne mieux compte des besoins locaux. Il s'agit concrètement des compétences en matière d'accueil résidentiel, de soins de santé mentale et de maisons de soins psychiatriques, des compétences dans le domaine des travaux de construction et de rénovation des infrastructures hospitalières, des compétences résiduelles en matière de prévention et d'organisation des soins de première ligne. Par ailleurs, la concertation entre les Communautés et l'autorité fédérale sera également renforcée par la création d'un nouvel institut, qui sera le lieu de rencontre permanent et interfédéral pour la concertation entre les ministres compétents en matière de santé. L'institut aura pour tâche d'élaborer une vision commune et axée sur le futur et de définir une politique de santé durable.

Afin de garantir la viabilité financière de l'assurance maladie, la 'norme budgétaire' est maintenue à partir de 2012. Toutefois, une croissance réelle des dépenses reste possible afin de sauvegarder la qualité et l'accessibilité des soins pour tous. Par ailleurs, les acteurs du secteur des soins sont responsabilisés entre autres en les incitant à la prescription efficace de médicaments, en instaurant un 'droit de substitution en matière de médicaments' pour les pharmaciens pour deux classes de médicaments bien spécifiques (antibiotiques et antimycosiques) tout en laissant la possibilité au médecin de s'opposer à ce droit de substitution pour des raisons médicales, en promouvant l'usage de médicaments génériques et bio-similaires en stimulant la concurrence des prix dans le secteur pharmaceutique, et, en ce qui concerne le secteur hospitalier, en augmentant le financement basé sur la pathologie et en élargissant le système comparatif des montants de référence pour les pathologies standards.

Participation des stakeholders

La politique de santé est mise en œuvre en Belgique à différents niveaux. Les partenaires sociaux et les acteurs sectoriels sont activement associés à la concertation. Ainsi, les

différentes commissions techniques auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, au sein desquelles siègent des représentants aussi bien des organismes assureurs que des organisations professionnelles de prestataires, participent à la préparation de mesures dans le cadre de la sécurité sociale et de son assurance maladie.

Au niveau régional, il existe également différents organes de concertation et consultatifs, associés activement à l'élaboration de la politique. Dans ces organes consultatifs siègent dès lors les représentants des différentes organisations représentatives (employeurs, travailleurs, personnes âgées, organisations de patients, dispensateurs de soins, aidants proches, ...).

Annexes techniques¹⁵

1. Indicateurs globaux de la MOC Sociale : Belgique

Code	Dimension clé	Indicateurs	EU / NAT	Breakdowns	2005			2006			2007			2008			2009			2010			
					Par sexe			Par sexe			Par sexe			Par sexe			Par sexe			Par sexe			
					Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
1a	Risque de pauvreté	Taux de risque de pauvreté	EU	Total	14,8	14,2	15,5	14,7	13,7	15,6	15,2	14,4	15,9	14,7	13,6	15,9	14,6	13,4	15,7	14,6	13,9	15,2	
				Moins de 18 ans	17,3	17,6	17,0	15,3	15,8	14,8	16,9	18,0	15,8	17,2	16,7	17,6	16,6	15,9	17,4	18,3	17,5	19,0	
				De 18 à 65 ans	12,2	11,4	13,0	12,2	11,4	13,1	12,6	11,8	13,3	12,2	11,0	13,5	12,1	11,0	13,2	12,1	11,7	12,6	
		65 ans et plus	21,9	21,3	22,3	23,2	20,8	25,1	23,0	20,5	24,8	21,2	20,1	22,0	21,6	20,6	22,3	19,4	18,7	20,0			
		Seuil de risque de pauvreté (en PPA)	EU	Personne seule	9.320			9.707			9.787			10.046			10.494			10.302			
		Deux adultes, deux enfants de moins de 14 ans	EU		19.572			20.385			20.552			21.096			22.038			21.635			
1b	Intensité du risque de pauvreté	Ecart relatif médian de pauvreté	EU	Total	18,3	19,2	17,5	19,4	20,7	18,5	17,8	19,2	16,9	17,2	18,2	16,6	18,1	18,9	17,7	18	18	18	
				Moins de 18 ans	18,3	18,3	18,3	20,7	21,2	19,9	18,3	18,9	17	17,5	16,7	18,6	21,3	21,3	21,3	20,8	17,2	26	
				De 18 à 65 ans	19,8	20,8	19,3	21,1	21,6	20,3	20,5	22,3	19,9	19,1	20,5	18,6	20,7	20,6	20,8	21,1	21,1	20,9	
				65 ans et plus	13,7	16,7	12,9	17,2	18,7	16,8	14,6	17	14	14,1	15,4	13,3	12	13,4	10,6	13	14,9	11,5	
2	Inégalités des revenus	S80/S20, rapport interquintiles de revenus	EU	Total	4	4,3	3,8	4,2	4,4	4	3,9	3,9	3,8	4,1	4,1	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9		
				Moins de 65 ans	4,1	4,4	3,9	4,2	4,4	3,9	3,9	3,8	4,1	4,1	4,2	3,9	3,9	4	3,9	3,8	4		
				De 65 ans et plus	3	3,1	3	3,4	3,5	3,4	3,4	3,5	3,3	3,1	3,2	3,1	3,4	4	3	3,7	4,2	3,3	
3	Inégalité de la santé	Espérance de vie en bonne santé (années)	EU	Espérance de vie en bonne santé à la naissance		61,7	61,9		62,8	62,8		63,3	63,7		63,2	63,8		63,7	63,5				
				Espérance de vie en bonne santé à 65 ans					9,5	9,8		10,1	10,3		10,3	10,2		10,5	10,1				
4	Résultat de l'éducation et de la formation du capital humain	Jeunes quittant prématurément l'école/ la formation	EU	Total																			
5	Personnes dans des ménages avec une très faible intensité d'emploi	Personnes dans des ménages avec une très faible intensité d'emploi	EU	Moins de 6 ans	14,3	14,3	14,3	12,3	13,1	11,6	13,2	13,1	13,4	8,7	6,3	11,2	12,1	11,3	12,9	12,5	11,5	13,5	
				De 6 à 11 ans	12,6	12,9	12,3	12,4	13	11,7	10,8	9,4	12,2	8,7	7,5	10	10,9	10,6	11,2	12,5	12,2	12,8	
				De 12 à 17 ans	13,4	12,7	14,2	14,2	15,6	12,7	12,5	12,7	12,3	9,3	8,7	9,9	10	9,3	10,6	11,1	10,2	12,2	
				Moins de 18 ans	13,4	13,3	13,5	13	14	12	12,2	11,8	12,6	8,9	7,5	10,4	11	10,4	11,6	12	11,2	12,9	
		De 18 à 59 ans	15,8	14	17,6	14,8	12,3	17,3	14,4	12,9	15,8	12,7	11,3	14,2	12,8	11,3	14,3	12,9	12,1	13,7			
		Moins de 60 ans	15,1	13,8	16,5	14,3	12,7	15,9	13,8	12,6	15	11,7	10,2	13,2	12,3	11	13,6	12,6	11,8	13,5			
6	Soutenabilité de la protection sociale	Dépenses totales publiques sociales projetées, % PIB	NAT	voir ci-dessous																			
7a	Adéquation des pensions	Rapport relatif du revenu médian	EU		0,73	0,74	0,73	0,71	0,72	0,71	0,74	0,76	0,73	0,74	0,75	0,74	0,74	0,77	0,74	0,75	0,77	0,74	
7b	Adéquation des pensions	Taux de remplacement agréé	EU		0,42	0,45	0,47	0,42	0,46	0,4	0,44	0,46	0,46	0,45	0,44	0,47	0,45	0,47	0,46	0,46	0,46	0,47	
8	Inégalité de l'accès aux soins de santé	Besoins non satisfaits de soins médicaux (médecin), auto-utilisation de soins médicaux	EU	Trop chers	2,4/			1,6/0,1				1,4/			1,4/0,1			1,5/0,2			1,2/0,1		
				Trop grande distance	:/0,1			0,1/															
				Liste d'attente																			
				Utilisation de soins médicaux	7,5			7,5			7,6												
9	Amélioration conditions de vie due à la croissance écon.	Taux de risque de pauvreté ancré à un moment dans le temps (2005)	EU	Total				13,2	12,5	13,9	13,3	12,7	14	13,7	12,6	14,7	10,6	9,9	11,3	11,1	10,7	11,6	
				Moins de 18 ans				14	14,7	13,2	14,7	15,2	14,2	16,3	15,8	16,8	12,9	12,3	13,5	14,4	13,6	15,3	
				De 18 à 65 ans				11	10,3	11,8	11,1	10,5	11,8	11,4	10,2	12,6	9,2	8,3	10,1	9,5	9,1	9,8	
				65 ans et plus				20,5	18,6	21,9	20,1	18,4	21,4	19,1	18,6	19,5	13	13,4	12,7	13,4	13,5	13,3	
10	Emploi des travailleurs âgés	Taux d'emploi des travailleurs âgés	EU	Classe d'âge: 55-64																			
					31,8	41,7	22,1	32	40,9	23,2	34,4	42,9	26	34,5	42,8	26,3	35,3	42,9	27,7	37,3	45,6	29,2	
11	Travailleurs pauvres	Taux de risque de pauvreté au travail	EU	Total																			
					3,9	4,5	3,1	4,2	4,5	3,7	4,4	4,4	4,3	4,8	4,5	5,2	4,6	4,6	4,7	4,5	4,8	4,2	
12	Participation au marché du travail	Taux d'activité	EU	Total (15-64)	66,7	73,9	59,5	66,5	73,4	59,5	67,1	73,6	60,4	67,1	73,3	60,8	66,9	72,8	60,9	67,7	73,4	61,8	
				15 à 24 ans	35	37,6	32,3	34,7	37,4	31,9	33,9	36,1	31,6	33,4	36	30,8	32,4	34,9	29,9	32,5	35,2	29,8	
				25 à 54 ans	84,6	92,2	76,8	84,6	91,9	77	85,3	92,5	78	85,7	92,3	79	85,6	91,8	79,2	86,3	92,2	80,4	
				55 à 64 ans	33,3	43,4	23,4	33,6	42,7	24,6	35,9	44,4	27,5	36,1	44,4	27,9	37,2	45,2	29,3	39,2	47,6	30,9	
13	Cohésion régionale	Cohésion Régionale: dispersion du taux d'emploi régional	EU		8,4	6,8	10,5	8,7	7,1	10,6	8,6	6,9	10,7	8,4	6,6	10,5	8,7	7,4	10,4	8,8	7	10,9	
14	Dépenses de santé per capita	Dépenses de santé per capita	NAT		2.706			2.671			2.789			2.898			2.973						

Comité d'Etude sur le Vieillessement 2011, scénario de référence de juin 2011 (en pourcentage du PIB)

			2010	2016	2030	2050	2060	2010-2016	2016-2060	2010-2060
6	Soutenabilité financière de la Protection Sociale	Dépenses de protection sociale actuelles et projetées, % PIB	25,3	26,2	29,1	30,9	30,9	+ 0,9 pp	+ 4,7 pp	+ 5,6 pp

¹⁵ Sauf mention contraire: données rassemblées par le Secrétariat du Sous-groupe Indicateurs du Comité de Protection Sociale, reçues le 20 février 2012. Pour plus d'information au sujet des définitions des indicateurs et des données de bases:

- Vade-mecum of common indicators agreed in the context of the Open Method of Coordination on Social Protection and Social Inclusion: <http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=.VADEMECUM&n=79896>

- Site Eurostat :

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_social_policy_equality/omc_social_inclusion_and_social_protection

2. Indicateurs contextuels : Belgique

Code	Indicateurs	EU/NAT	Breakdowns	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
				Par sexe			Par sexe			Par sexe			Par sexe			Par sexe			Par sexe		
				Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
1	Croissance PIB (a prix constants)	EU		1,7			2,7			2,9			1,0			-2,8			2,3		
2	Taux d'emploi	EU	15 à 64 ans	61,1	68,3	53,8	61	67,9	54	62	68,7	55,3	62,4	68,6	56,2	61,6	67,2	56	62	67,4	56,5
			15 à 24 ans	27,5	29,7	25,2	27,6	30,4	24,7	27,5	29,9	25	27,4	29,7	25	25,3	27,4	23,2	25,2	27,3	23,1
			25 à 54 ans	78,3	86,1	70,4	78,4	85,9	70,7	79,7	87	72,3	80,5	87	73,8	79,8	85,7	73,8	80	85,5	74,4
			55 à 64 ans	31,8	41,7	22,1	32	40,9	23,2	34,4	42,9	26	34,5	42,8	26,3	35,3	42,9	27,7	37,3	45,6	29,2
	Taux de chômage	EU	Total	:	:	:	8,3	7,4	9,3	7,5	6,7	8,5	7	6,5	7,6	7,9	7,8	8,1	8,3	8,1	8,5
			Moins de 25 ans	:	:	:	20,5	18,8	22,6	18,8	17,1	20,9	18	17,3	18,7	21,9	21,5	22,5	22,4	22,4	22,4
			De 25 à 64 ans	:	:	:	7	6,2	7,9	6,3	5,6	7,2	5,9	5,4	6,5	6,6	6,4	6,7	7	6,8	7,2
	Taux de chômage de longue durée	EU		4,4	3,9	5	4,2	3,7	4,9	3,8	3,3	4,3	3,3	3	3,7	3,5	3,4	3,6	4,1	4	4,1
3	Espérance de vie	EU	Moins d'un ans	79,1	76,2	81,9	79,5	76,6	82,3	79,9	77,1	82,6	79,8	76,9	82,6	80,1	77,3	82,8	:	:	:
			à 45 ans	35,7	33,1	38	36,1	33,6	38,5	36,5	34	38,8	36,3	33,8	38,7	36,6	34,1	38,9	:	:	:
			à 65 ans	18,6	16,6	20,2	19	17	20,6	19,3	17,3	21	19,3	17,3	20,9	19,5	17,5	21,1	:	:	:
4	Taux de dépendance des âgés	EU	Actuel et projeté	voir ci-dessous																	
5	Distribution de la population par type de ménage	EU	Total	100			100			100			100			100			100		
			Personne seule	14,7			14,5			14,8			15,2			15,1			15,1		
			Un adulte de moins de 65 ans	9,3			8,9			9			9,3			9,3			9,4		
			Un adulte de 65 ans et plus	5,4			5,6			5,8			5,9			5,8			5,7		
			Ménage monoparentale avec enfants dépendants	6,1			6			6,1			6			6,2			6,5		
			Femme seule			7,9			7,9			7,9			8			7,9			8
			Homme seul		6,7		6,6			6,9			7,1			7,2			7,1		
			Deux adultes	24,9			25			25,2			25,3			25,6			25		
			Deux adultes de moins de 65 ans	14,4			14,6			15			15,2			15,3			14,8		
			Deux adultes, au moins un de 65 ou plus	10,5			10,4			10,2			10,1			10,3			10,2		
			Deux adultes avec un enfant dépendant	11,1			11			10,5			10,9			10,8			11,2		
			Deux adultes avec deux enfants dépendants	15,1			16,3			15,3			12,5			14			15		
			Deux adultes avec trois ou plus enfants dépendants	12,9			10,8			12,2			14,7			13			12,2		
			Trois adultes ou plus	8,3			9,1			8,6			8,1			7,6			7,4		
Trois adultes ou plus avec enfants dépendants	7,1			7,4			7,2			7,3			7,7			7,5					
Ménages sans enfants dépendants	47,8			48,6			48,5			48,6			48,3			47,5					
Ménages avec enfants dépendants	52,2			51,4			51,5			51,4			51,7			52,5					
6	Dettes publiques, actuelle et projetée, % PIB	EU AMECO		voir ci-dessous																	
7	Dépenses sociales, toutes fonctions	EU	% PIB	26,1			25,7			25,4			26,5			28,9					
8	Personnes dans un ménage à très faible intensité de travail (0-59 ans)	EU	Total	15,7			14,8			14,3			12,7			12,8			12,8		
			Personne seule	30,3			31,5			32			29,4			27,6			28,4		
			parent seul	35,7			35,9			32,9			27,5			33,2			30,1		
			Deux adultes avec un enfant dépendant	8,2			8,3			6,9			7,7			6,3			6,7		
			Deux adultes avec deux enfants dépendants	5,2			4,5			3,2			3,7			3,2			4,6		
			Deux adultes avec trois ou plus enfants dépendants	9			8,7			9,7			4,9			6,4			6,9		
			Deux ou plus adultes sans enfants dépendants	17,6			16,1			15,9			13			13,9			13,5		
			Deux ou plus adultes avec enfants dépendants	7,9			6,9			6,1			5,9			5,3			6		
			Trois adultes ou plus	8,9			7,8			10,8			6,7			5,3			7,2		
			Ménages sans enfants dépendants	21,3			20,4			20,6			18			18			18,3		
Ménages avec enfants dépendants	10,9			9,9			8,9			8,2			8,4			8,6					
9	Indicateurs 'Making work pay'	EU	Piège de chômage	85,0			85,0			85,0			85,0			93,0			93,0		
			Piège à bas salaires																		
		EU	Personne seul sans enfants, 33% salaire moyen	57,0			58,0			59,0			59,0			59,0			59,0		
			Couple marié, un seul apporteur de revenu, 33% revenu moyen, deux enfants	45,0			47,0			47,0			48,0			46,0			47,0		
	Piège d'inactivité, 2ième apporteur de revenu, avec enfants, 67% revenu moyen	0,47			0,47			0,47			0,47			0,46			0,46				
10	Risque de pauvreté avant transferts sociaux (sans pensions)	EU	Total	28,3	27,4	29,2	26,8	25,7	27,8	27,5	26,4	28,5	27	26	28	26,7	25,9	27,5	26,7	25,8	27,5
			Moins de 18 ans	33,7	33,6	33,7	29	29,1	28,8	31,4	31,7	31,1	31,6	31,7	31,5	32,3	32,4	32,1	31,8	30	33,6
			De 18 à 64 ans	27	25,6	28,4	26	24,7	27,3	26,4	25,2	27,7	26	24,6	27,5	25,1	23,9	26,3	25,7	24,9	26,4
			65 ans et plus	25,7	24,9	26,4	26,9	24,9	28,4	26,6	23,8	28,6	24,8	23,7	25,6	25,9	24,8	26,7	24	23,3	24,5

Code	Indicateurs	EU	Breakdowns	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
4	Taux de dépendance des âgés	EU	actuel et projeté											
				26	28	30,3	33,2	36,7	39,3	41	41,7	42,5	43,1	43,8
6	Dettes publiques, actuelle et projetée, % PIB	EU AMECO		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		
				92	88	84,1	89,3	95,9	96,2	97,2*	99,2	100		

* Site web Eurostat 27/3/2012: 97,3

3. L'objectif Europe2020 : population en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale (%) : Belgique

Indicateur	Breakdowns	2005			2006			2007			2008			2009			2010		
		Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale	Total	22,8	21,5	23,9	21,5	20	23,1	21,6	19,9	23,1	20,8	19,1	22,4	20,2	18,5	21,8	20,8	20	21,7
	Moins de 6 ans	25,8	26,8	24,6	19,4	20,2	18,5	22,2	23,9	20,4	20,4	18,4	22,4	22,1	21,3	22,8	25,2	24,1	26,2
	De 6 à 12 ans	21,1	21,8	20,5	22,6	24	21,1	19,5	18,2	20,7	19,1	19,2	19,1	19,6	18,8	20,5	22,8	23,7	21,9
	De 12 à 17 ans	23,4	22,7	24,3	22,1	25,1	18,7	22,9	24,3	21,4	24,1	25,5	22,7	19,5	19,5	19,6	21,5	19,5	23,8
	Moins de 18 ans	23,4	23,8	23,1	21,4	23,2	19,4	21,6	22,3	20,8	21,3	21,3	21,4	20,5	19,9	21	23,2	22,4	24,1
	De 18 à 64 ans	22,3	20,4	24,1	20,7	18,2	23,1	20,7	18,7	22,7	20,1	17,9	22,2	19,3	17,5	21,2	20	19,1	20,9
	65 ans et plus	23,8	22,8	24,5	25,2	22,6	27,2	25	22	27,1	22,9	21,3	24,1	23,1	21,2	24,6	21	20,1	21,6
Personnes vivant dans un ménage à très faible intensité de travail	Moins de 6 ans	14,3	14,3	14,3	12,3	13,1	11,6	13,2	13,1	13,4	8,7	6,3	11,2	12,1	11,3	12,9	12,5	11,5	13,5
	De 6 à 11 ans	12,6	12,9	12,3	12,4	13	11,7	10,8	9,4	12,2	8,7	7,5	10	10,9	10,6	11,2	12,5	12,2	12,8
	De 12 à 17 ans	13,4	12,7	14,2	14,2	15,6	12,7	12,5	12,7	12,3	9,3	8,7	9,9	10	9,3	10,6	11,1	10,2	12,2
	Moins de 18 ans	13,4	13,3	13,5	13	14	12	12,2	11,8	12,6	8,9	7,5	10,4	11	10,4	11,6	12	11,2	12,9
	De 18 à 59 ans	15,8	14	17,6	14,8	12,3	17,3	14,4	12,9	15,8	12,7	11,3	14,2	12,8	11,3	14,3	12,9	12,1	13,7
	De 18 à 64 ans	15,1	13,8	16,5	14,3	12,7	15,9	13,8	12,6	15	11,7	10,2	13,2	12,3	11	13,6	12,6	11,8	13,5
	65 ans et plus	14,8	14,2	15,5	14,7	13,7	15,6	15,2	14,4	15,9	14,7	13,6	15,9	14,6	13,4	15,7	14,6	13,9	15,2
Personnes en risque de pauvreté après transferts sociaux	Total	19,9	20,9	18,7	14,6	14,7	14,4	18,4	19,9	16,8	17,1	15,4	18,9	18,5	17,2	19,8	21,8	20,4	23,2
	Moins de 6 ans	14,7	15,5	14	15,2	15,1	15,3	14,5	14	14,9	14,5	14,3	14,8	15,6	14,8	16,6	16,8	17,4	16,2
	De 6 à 12 ans	17,4	16,4	18,6	16,2	17,5	14,7	17,8	19,6	15,8	19,5	19,9	19,1	15,6	15,6	15,6	15,7	14,7	16,8
	Moins de 18 ans	17,3	17,6	17	15,3	15,8	14,8	16,9	18	15,8	17,2	16,7	17,6	16,6	15,9	17,4	18,3	17,5	19
	De 18 à 64 ans	12,2	11,4	13	12,2	11,4	13,1	12,6	11,8	13,3	12,2	11	13,5	12,1	11	13,2	12,1	11,7	12,6
	De 18 à 64 ans	21,9	21,3	22,3	23,2	20,8	25,1	23	20,5	24,8	21,2	20,1	22	21,6	20,6	22,3	19,4	18,7	20
	65 ans et plus	6,5	6,5	6,5	6,4	6,2	6,7	5,7	5,2	6,2	5,6	5,2	6	5,2	4,9	5,5	5,9	5,7	6
Personnes en situation de privation matérielle sévère	Total	9,3	10	8,5	8,1	9	7,1	6,8	6,1	7,5	6,9	6,4	7,5	7,7	7,8	7,5	7,7	6,9	8,4
	Moins de 6 ans	8,1	8,8	7,4	11,3	12,1	10,6	6,3	5,9	6,7	7,8	8,3	7,4	6,3	6,2	6,4	7,3	6,5	8,1
	De 6 à 12 ans	8	8,2	7,8	9	9,3	8,7	7,7	7,4	8,1	7,2	8,1	6,3	5,6	5,1	6,1	8,2	6,7	9,8
	Moins de 18 ans	8,5	9	7,9	9,4	10,1	8,7	7	6,5	7,5	7,3	7,6	7	6,5	6,4	6,7	7,7	6,7	8,8
	De 18 à 64 ans	6,5	6,4	6,7	6,2	5,5	7	5,9	5,4	6,4	5,7	5,1	6,3	5,3	5,1	5,6	6	6	6,1
	De 18 à 64 ans	3,6	2,8	4,1	3,3	2,9	3,6	3,6	2,7	4,2	3,2	2,2	3,9	3,1	2,2	3,7	2,8	2,9	2,8
	65 ans et plus																		

L'indicateur '**personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale**' résume le nombre de personnes qui sont confrontées au risque de pauvreté et/ou vivent en situation de privation matérielle sévère et/ou vivent dans des ménages à très faible intensité de travail. Les interactions entre les indicateurs sont exclues.

Les **personnes en risque de pauvreté** sont les personnes dont le revenu disponible équivalent se situe en dessous du seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu disponible équivalent médian national (après transferts sociaux).

La privation matérielle couvre des indicateurs relatifs aux difficultés économiques et aux biens durables. Les **personnes en situation de privation matérielle sévère** ont des conditions de vie fortement affectées par le manque de ressources; quatre des neuf indicateurs de privation s'appliquent à elles: impossibilité i) de régler le loyer ou les factures pour les services d'utilité publique, ii) de chauffer convenablement le domicile, iii) de faire face à des dépenses imprévues, iv) de consommer de la viande, du poisson ou un équivalent protéiné tous les deux jours, v) de partir en vacances hors du domicile une semaine par an, vi) d'acheter une voiture, vii) d'acheter une machine à laver le linge, viii) d'acheter une télévision couleur ou ix) de payer une connexion téléphonique.

Les **personnes vivant dans des ménages à très faible intensité de travail** sont les personnes âgées de 0 à 59 ans vivant dans des ménages dans lesquels les adultes ont travaillé moins de 20 % de leur potentiel de travail total au cours de l'année civile précédente.

4. Comparaison de la Belgique avec la moyenne UE27 pour quelques indicateurs clés (EU-SILC 2010 sauf mention contraire)

		BE	EU27
Objectif Europe 2020: pourcentage de la population en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale	Total	20,8	23,4
	Moins de 18 ans	23,2	26,9
	De 18 à 64 ans	20,0	23,3
	65 ans et plus	21,0	19,8
Taux de risqué de pauvreté	Total	14,6	16,4
	Moins de 18 ans	18,3	20,6
	De 18 à 64 ans	12,1	15,3
	65 ans et plus	19,4	15,9
Taux de privation matérielle sévère	Total	5,9	8,1
	Moins de 18 ans	7,7	9,6
	De 18 à 64 ans	6,0	8,2
	65 ans et plus	2,8	6,4
Taux d'intensité de travail très faible	Moins de 18 ans	12,0	8,9
	De 18 à 59 ans	12,9	10,2
	Moins de 60 ans	12,6	9,9
Ecart relatif médian de pauvreté	Total	18,0	23,2
	Moins de 18 ans	20,8	23,9
	De 18 à 64 ans	21,1	25,7
	65 ans et plus	13,0	16,2
S80/S20, rapport interquintiles de revenus	Total	3,9	5,0
	Moins de 65 ans	3,9	5,2
	65 jaar en ouder	3,7	4,0
Taux de risque de pauvreté au travail	Total	4,5	8,5
Rapport relatif du revenu median	Total	0,75	0,88
Taux de remplacement agrégé	Total	0,46	0,53
Besoins non satisfaits de soins médicaux (médecin): trop chers, auto-déclarés	1 ^{er} quintile de revenu	1,5	4,8
	5 ^{ème} quintile de revenu	0,2	0,3
Espérance de vie en bonne santé (EU-SILC 2009)	A la naissance-hommes	63,7	60,9
	A 65 ans - hommes	10,5	8,2
	A la naissance - femmes	63,5	61,6
	A 65 ans - femmes	10,1	8,3
Espérance de vie (2008)	Moins de 1 an - hommes	76,9	76,4
	A 65 ans - hommes	17,3	17,2
	Moins de 1 an - femmes	82,6	82,4
	A 65 ans - femmes	20,9	20,7