



le 15 octobre 2004

RAP/CHA/BE/X(2005)add

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

Addendum au dixième rapport sur l'application
de la Charte sociale européenne

soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA BELGIQUE

(pour la période du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2002:
articles 7, 8, 11, 14, 17 et 18,)

Rapport enregistré au Secrétariat le 13 octobre 2004

CYCLE XVII-2

ROYAUME DE BELGIQUE

SPF EMPLOI, TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE

*** * * ***

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

CYCLE DE CONTROLE XVII-2

**Addendum au
RAPPORT DE LA Belgique
(OCTOBRE 2004)**

ARTICLES HORS NOYAU DUR:

7, 8, 11, 14, 17, 18

Article 7 § 2

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit des enfants et des adolescents à la protection, les Parties contractantes s'engagent à fixer un âge minimum plus élevé d'admission à l'emploi pour certaines occupations déterminées considérées comme dangereuses ou insalubres ».

Réponse à la question du Comité d'experts indépendants :

A la demande du Comité d'experts, les tableaux ci-après reprennent des informations sur les taux d'accidents au travail des jeunes travailleurs. Il convient cependant d'attirer l'attention du Comité d'experts sur le fait que la notion de « jeunes travailleurs » visent les travailleurs âgés de 15 à 19 ans inclus.

Les données statistiques communiquées pour les années 1999-2000 ne concernent que le secteur privé alors que les données pour les années 2001-2002 incluent également les accidents survenus dans le secteur public.

		S.S.	I.T.	I.P.	A.M.	Total
1999	Total accidents travail	84.760	102.244	12.479	118	199.691
	15 – 19 ans.	inconnu	inconnu	inconnu	3	10.193
2000	Total accidents travail	87.832	108.409	13.128	139	209.508
	15 – 19 ans	4.063	6.361	398	5	10.827
2001	Total accidents travail	79.008	110.294	13.742	127	203.171
	15 – 19 ans	3.445	6.251	366	3	10.065
2002	Total accidents travail	76.036	96.385	11.710	121	184.252
	15 – 19 ans	3.104	4.967	311	4	8.386

Signification des abréviations:

S.S: sans suite

I.T.: incapacité temporaire

I.P.: incapacité permanente

A.M: accident mortel

ARTICLE 11 : DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE

Article 11 § 1

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ».

Réponses à la demande d'information du Comité d'experts indépendants concernant les campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson et le taux de mortalité maternelle

Mesures prises par la Communauté française

Prévention de la mort subite du nourrisson

Les services du Gouvernement de la Communauté française, soucieux du taux relativement élevé de mort subite du nourrisson, ont soutenu des travaux relatifs à l'efficacité des campagnes. A ce sujet, le Comité d'experts est invité à prendre connaissance des brochures suivantes : « Mort subite du nourrisson : quelles nouvelles stratégies pour la prévention ? » (<http://www.sante.cfw.be/charger/msn.pdf>) et « Mort subite du nourrisson : qualité de l'information » (<http://homepages.ulb.ac.be/~ndacosta/promes/sano19.html>).

La Communauté soutient en permanence des campagnes dans ce domaine, qui associent l'information directe par les professionnels de la santé et l'utilisation de moyens de communication de masse, articles de presse, spots diffusés par les radios et télévisions.

Depuis le début des campagnes intensives répétant les messages de base de prévention, le taux de mortalité infantile post-néonatale (entre 29 et 365 jours de vie) a baissé en Belgique pour passer de 4,3 pour mille naissances vivantes à 1,9, soit une diminution de près de 56 %. La surmortalité des garçons demeure mais est inférieure à 2 pour mille.

La Mort Subite du Nourrisson (MSN) est toujours la première cause de mortalité infantile, mais elle correspond à 0,7 pour mille naissances vivantes en 2001. En mars 2004, on constate que depuis le début des campagnes en 1993, le nombre de décès par MS N a diminué de 70 % en Belgique.

Les campagnes de prévention ont amené des changements de comportement des parents notamment en ce qui concerne la position de couchage et l'environnement thermique des enfants.

Statistiques de mortalité maternelle

Données actuellement disponibles pour la Communauté française – hors Région de Bruxelles-Capitale (source : Centre de recherche opérationnelle en santé publique) :

année	Nombre de naissances vivantes	nombre de cas de mortalité maternelle
1993	39.396	4
1994	38.038	3
1995	34.793	5
1996	35.961	1
1997	35.534	6

Article 11 § 2

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ».

Evolution depuis le rapport précédent :

Mesures prises sur le territoire de la Communauté française

Education pour la santé et Promotion de la santé en milieu scolaire

La Communauté française a adopté deux décrets réorganisant la médecine scolaire (le décret du 20-12-2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et le décret du 16-05-2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités).

Les missions des nouveaux décrets sont assurées par « les services de Promotion de la Santé à l'Ecole » (« services PSE ») pour l'enseignement subventionné et par les Centres psycho-médico-sociaux (Centres PMS) pour les établissements relevant de la Communauté française.

Le recours à ces Services et Centres est gratuit. Leur rôle n'est pas seulement de détecter certaines maladies ou de prévenir la transmission de maladies infectieuses mais aussi d'assurer le bien-être des enfants dans leur environnement.

C'est pourquoi la Communauté française demande désormais aux services PSE de prendre en compte la santé des enfants dans leur globalité: développer de la qualité de vie et le bien-être à l'école; mettre en place des projets visant à améliorer la santé des écoliers; veiller à un environnement scolaire agréable, lieu d'échange et de communication dans lequel des relations saines avec les écoliers, les étudiants, les enseignants et les parents peuvent s'épanouir.

Les missions imposées par les deux décrets sont les suivantes :

- la promotion de la santé dans l'école et la promotion d'un environnement favorable à la santé à l'école ;
- le suivi de la santé globale des enfants ;
- la prophylaxie des maladies transmissibles ;
- la contribution à une politique et à des stratégies de promotion de la santé des jeunes, en contribuant à un recueil et à une gestion des informations en la matière.

Le décret prévoit la constitution d'une commission de la promotion de la santé à l'école (Arrêté du 8 février 2002). La procédure et les conditions d'agrément des services ont été arrêtés le 13 juin 2002 (publié au moniteur le 26.06.02).

Les fréquences, le contenu et les modalités des bilans de santé ont été fixés par arrêtés en date du 13 juin 2002 (Moniteur du 25.07.02).

Les modalités de concertation relative au suivi médical, entre les services de promotion de la santé à l'école et les centres psycho-médico-sociaux subventionnés font l'objet de l'arrêté du 17 juillet 2002.

En date du 17 juillet 2002, le gouvernement a fixé la liste des maladies et les règles en matière de prophylaxie des maladies transmissibles dans le milieu scolaire et étudiant.

Information et sensibilisation du public

Les structures prévues par le décret de 1997 de la Communauté française relatif à la promotion de la santé ont été mises en place au cours des années suivantes : Conseil consultatif de promotion de la santé, Services communautaires de promotion de la santé, Centres locaux de promotion de la santé. Ces structures sont présentées sur le site de la DG de la santé (<http://www.sante.cfwb.be>).

Le programme quinquennal 1998-2003 a été adopté (<http://www.sante.cfwb.be/charger/programme.pdf>).

La période couverte par le présent rapport correspond largement à la période couverte par ce programme quinquennal. Nous annexons donc la brochure « Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions » (annexe 3).

Réponses aux demandes d'information du Comité d'experts

L'éducation à la santé est-elle inscrite dans les programmes de cours et est-elle assurée tout au long de la scolarité ?

En Communauté française, « l'éducation pour la santé » a été essentiellement intégrée dans une politique plus large de « promotion de la santé », conformément aux recommandations de l'OMS (Charte d'Ottawa).

Dans cette logique, la nouvelle législation sur la promotion de la santé à l'école ne vise pas à imposer des programmes d'éducation sanitaire dans les programmes scolaires, mais charge les équipes de promotion de la santé de susciter et de soutenir des « projets de santé » qui visent l'ensemble de l'école comme « milieu de vie ». Ces projets doivent être portés par l'ensemble de la « communauté éducative » (élèves, parents, enseignants, éducateurs, personnel administratif et technique, direction).

Cependant, pour les écoles organisées par la Communauté française, les programmes des professeurs d'éducation physique, d'application depuis 2000, dans l'enseignement fondamental et dans l'enseignement secondaire indiquent parmi les objectifs, l'édification d'un organisme en bonne santé et l'apprentissage de la gestion de la santé. La préoccupation de la sécurité est ajoutée pour l'enseignement secondaire.

La consultation des programmes pour l'enseignement organisé par la Communauté française est disponible sur :

<http://www.restode.cfwb.be/pgres/programmes/index.htm>

et pour le réseau de l'enseignement libre subventionné sur :

<http://www.segec.be/fedoc/publications/Pl.pdf>

et sur : <http://segec.be/documents/fesec/pedagogique/horizon10.pdf>.

Quels sont les acteurs, publics et privés, de l'information et de la sensibilisation du public et quels sont les thèmes et les moyens d'action

Si la question porte sur l'identité précise des acteurs et les thèmes exacts des programmes, on trouvera en annexe, à titre exemplatif, la liste des programmes et des promoteurs subventionnés par la Communauté française en 2000, 2001 et 2002.

Si la question porte plus globalement sur les types d'intervenants, les thèmes les plus exploités et les moyens principalement utilisés, on peut proposer la synthèse suivante :

- les intervenants qui bénéficient de subventions pour des programmes de promotion de la santé peuvent être des organismes publics ou des organismes privés à but non lucratif. Ils sont donc d'une grande diversité : écoles, universités, pouvoirs locaux, mutualités, associations professionnelles, et surtout associations de citoyens ;
- les thèmes prioritaires sont indiqués dans le programme quinquennal (<http://www.sante.cfwb.be/charger/programme.pdf>) ; les thèmes effectivement mis en œuvre sont regroupés en diverses catégories dans la brochure « Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions » (en annexe) ;
- les moyens utilisés sont laissés à l'initiative des promoteurs : les programmes qui adoptent plusieurs techniques complémentaires sont encouragés. Mais l'attention est portée davantage sur les stratégies mises en œuvre que sur les moyens techniques. Par exemple, l'implication des publics concernés dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes est fortement encouragée.
- Pour ses actions de promotion de la santé, la Communauté française dispose d'un accès privilégié aux moyens de communication de masse que sont la radio et la télévision, qui mérite une mention particulière. Le décret sur l'audiovisuel impose aux chaînes de radio et TV qui diffusent de la publicité pour l'alcool, les médicaments et les traitements médicaux de mettre gratuitement des espaces publicitaires équivalents destinés à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé. La valeur commerciale des espaces ainsi gratuitement mis à la disposition des promoteurs de campagnes est estimée à plus de 12 millions d'euros en 5 ans. La répartition thématique de ces espaces est présentée dans la brochure « Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions » (en annexe 3).

Informations sur les dépistages systématiques et de masse

Pour la période de référence 1998-2002, il n'existait pas de dépistage systématique.

Depuis 2003, dans le cadre d'une convention entre le SPF Santé publique, la région flamande, la région bruxelloise et la Communauté française, un dispositif de dépistage du cancer du sein a été mis en place. Les informations relatives à ce programme sont disponibles sur : <http://www.sante.cfwb.be/charger/depistageseinprogramme.pdf> .

Article 11 § 3

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres ».

Au niveau fédéral

Réponse à la demande d'information du Comité d'experts indépendants concernant la protection de la santé de la population vivant aux alentours des centrales nucléaires.

Les mesures prises pour protéger la santé de la population vivant aux alentours des centrales nucléaires ou y travaillant sont reprises dans le nouveau règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants. Il s'agit de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, paru au Moniteur belge du 30 août 2001.

Ce nouveau règlement général vise en premier lieu l'exécution de la loi du 15 avril 1994 relative à la protection de la population et de l'environnement contre les dangers résultant des rayonnements ionisants et relative à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire.

Il remplace l'arrêté royal du 28 février 1963 portant règlement général de la protection de la population et des travailleurs contre le danger des radiations ionisantes, pris en exécution de la loi du 29 mars 1958 relative à la protection de la population contre les dangers des radiations ionisantes. Cette loi a été abrogée par la loi susmentionnée du 15 avril 1994.

Le nouveau règlement général vise également la transposition des Directives européennes suivantes :

- la directive 94/55/CE du Conseil du 21 novembre 1994 relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant le transport des marchandises dangereuses par route et la adaptations ultérieures ;
- la directive 96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996, fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants ;
- la directive 96/49/CE du Conseil du 23 juillet 1996 relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant le transport des marchandises dangereuse par chemin de fer et les adaptations ultérieures ;
 - la directive 97/11/CE du conseil des Communautés européennes du 3 mars 1997 modifiant la directive 85/337/CEE du Conseil du 27 juin 1985 concernant l'évaluation des incidences de certains projets publics et privés sur l'environnement ;
 - la directive 97/43/Euratom du Conseil du 30 juin 1997 relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicale, remplaçant la directive 84/466/Euratom.

Les mesures particulières concernant la santé des travailleurs professionnellement exposés ou susceptibles d'être exposés à un risque résultant des rayonnements ionisants ainsi que le suivi médical

sont reprises dans la Section IV – Facteurs d’environnement et agents physiques – Chapitre VII « Rayonnements ionisants » du Code sur le bien-être au travail.

Les mesures particulières pour la protection de la population en cas d’accident dans les centrales sont reprises dans l’arrêté royal du 17 octobre 2003 portant fixation du plan d’urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge, paru au Moniteur belge du 20 novembre 2003 (Ed. 2).

De plus, l’Agence fédérale de Contrôle nucléaire a fixé des niveaux-guides d’intervention pour les situations d’urgence radiologique, parus au Moniteur belge du 24 novembre 2003.

Sur le territoire de la Communauté française

Vaccinations

A. Sur le plan réglementaire, aucune évolution à signaler. Pour rappel,

- en dehors d’un Arrêté royal de 1966 imposant la vaccination des nourrissons contre la polio, aucun texte applicable à l’ensemble de la population n’existe ;
- l’Office national de l’enfance est tenu par AGCF d’exiger la vaccination des enfants qu’hébergent ses structures d’accueil contre certaines maladies infantiles.
- le décret de 2001 sur la Promotion de la santé à l’école fait de la vaccination de rattrapage une de ses missions (c’est plus une confirmation qu’une nouveauté...).

B. Sur le plan des pratiques, il en va tout autrement. Tellement qu’il est fort difficile et sans doute peu rentable de se lancer dans une tentative de description complète. Voici un succinct résumé des événements probablement les plus remarquables.

En 1999 :

Introduction du vaccin contre l’hépatite B dans le circuit de distribution gratuite.

En 2001 :

- Passage du vaccin polio oral vivant atténué au vaccin injectable inactivé renforcé ;
- Passage du vaccin antioquelucheux à cellules entières au vaccin acellulaire ;
- Abaissement de l’âge de début de la vaccination à 2 mois ;
- Introduction du vaccin contre l’*Haemophilus influenzae* b dans le circuit de distribution gratuite ;
- Recours élargi aux vaccins combinés.

En 2002 :

Introduction du vaccin conjugué contre le méningocoque de type C dans le circuit de distribution gratuite

Une enquête sur les couvertures vaccinales en 2003 des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française, Bruxelles exceptée (Provac – école de santé publique ULB) donne les chiffres suivants :

Vaccins	Couvertures 2003
Poliomyélite complet (4 doses)	92,3 %
Diphthérie- Tétanos- Coqueluche (4 doses)	92,7 %
<i>Haemophilus influenzae</i> b (4 doses)	87,4 %
Hépatite B (3 doses)	64,8 %
Rougeole- Rubéole- Oreillons	82,5 %
Méningocoque C (1 dose à 13 mois)	81,5 %

Pour information : depuis le 1^{er} janvier 2004, mise à disposition gratuite d’un vaccin hexavalent (DTPa – IPV – Hib – HBV) pour tous les nourrissons (4 doses à 2, 3, 4 et 13 mois) en lieu et place du tétravalent DTPa – IPV et des monovalents Hib et HBV.

Part du budget consacrée à la lutte contre le tabagisme

Pour la Communauté française, il est difficile de présenter des données budgétaires spécifiques au tabagisme, celles-ci étant incluses dans la catégorie plus large de la prévention des assuétudes (Voir brochure en annexe : « Eléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions »).

A titre indicatif, pour l'année 2003, un montant de 261.415 EUR a été spécifiquement consacré à des actions de prévention du tabagisme, soit 19,35% de la part du budget consacrée à la prévention des assuétudes (1.351.214 EUR), ou 0,88% du budget consacré à la prévention-santé (29.676.761 EUR).

ARTICLE 14 : DROIT AU BENEFICE DES SERVICES SOCIAUX

Article 14 § 1 :

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties contractantes s'engagent à encourager ou organiser les services en utilisant les méthodes propres au service social et qui contribuent au bien-être et au développement des individus et des groupes dans la communauté ainsi qu'à leur adaptation au milieu social ».

Evolution depuis le rapport précédent :

Mesures prises par la Communauté française

Les services sociaux relèvent des matières définies comme personnalisables dans la Constitution belge.

Pour les francophones de Belgique, les services sociaux visés par l'article sont de la compétence des Régions wallonne et Bruxelles-Capitale à l'exception de l'aide à la jeunesse qui relève de la compétence de la Communauté française.

Des services sociaux sont prévus dans le cadre du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse pour apporter une aide aux jeunes en difficulté et aux personnes qui éprouvent de graves difficultés dans l'exécution de leurs obligations parentales et aux enfants dont la santé ou la sécurité est en danger ou dont les conditions d'éducation sont compromises.

Les articles 7 et 8 du décret précité veillent à ce qu'aucune mesure d'aide ne soit prise sans la participation des personnes intéressées; l'accord écrit du jeune est requis dès l'âge de 14 ans. Seul le tribunal de la jeunesse pourra, le cas échéant imposer une mesure d'aide, dans les circonstances où l'accord des personnes s'avère impossible à obtenir.

Article 14 § 2:

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties contractantes s'engagent à encourager la participation des individus et de organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services ».

Evolution depuis le rapport précédent :

Mesures prises par la Communauté française : voir article 14 §1

ARTICLE 17 : DROIT DE LA MERE ET DE L'ENFANT A UNE PROTECTION SOCIALE ET ECONOMIQUE

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit de la mère et de l'enfant à une protection sociale et économique, les Parties contractantes prendront toutes les mesures nécessaires et appropriées à cette fin, y compris la création ou le maintien d'institutions ou de services appropriés ».

Réponse à la demande d'information du Comité d'experts indépendants concernant les statistiques sur les enfants placés

Sur le territoire de la Communauté française

Les statistiques de placement d'enfants en Communauté française (sources : rapport annuel Direction générale de l'Aide à la jeunesse 2002).

Jeunes concernés par les mesures de placement de 1997 à 2002 dans le cadre du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse et de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse

(hors famille d'accueil).

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Filles	4950	1473	1328	1131	1071	1091	11044
Garçons	5013	1514	1346	1136	1145	1088	11242
Jeunes	9963	2987	2674	2267	2216	2179	22286

Jeunes concernés par les mesures de placement de 1997 à 2002 dans le cadre du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse et de la loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse.

(en famille d'accueil)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Filles	1921	2039	2058	1973	1971	1960	1987
Garçons	1735	1767	1832	1765	1800	1816	1786
Jeunes	3656	3806	3890	3738	3771	3776	3773

Attention, ces jeunes n'ont pas commencé leur cursus sur cette période, souvent bien avant, et la mesure de placement n'est pas nécessairement leur première mesure.

ARTICLE 18 : DROIT A L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE LUCRATIVE SUR LE TERRITOIRE DES AUTRES PARTIES CONTRACTANTES

Article 18 § 1 :

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire de toute autre Partie contractante, les Parties contractantes s'engagent à appliquer les règlements existants dans un esprit libéral ».

Evolution depuis le rapport précédent concernant la réglementation belge en matière d'autorisation de séjour

Aucune modification n'est intervenue au cours de la période de référence concernant l'autorisation de séjour accordée à un ressortissant non européen autorisé à exercer une activité salariée ou indépendante en Belgique.

Pour rappel, lorsqu'il est en possession du permis de travail ou de la carte professionnelle, pour exercer une activité en Belgique, l'étranger ressortissant d'un pays non-membre de l'UE doit demander une autorisation de séjour provisoire. L'article 9 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers précise que cette demande doit être faite auprès du poste diplomatique ou consulaire belge compétent ou, auprès du bourgmestre de la commune belge où séjourne l'étranger, si des circonstances exceptionnelles le justifient.

L'article 13 de la loi du 15 décembre 1980 prévoit que cette autorisation de séjour peut être donnée à un étranger pour une durée limitée, notamment en rapport avec la nature et la durée des prestations qu'il doit effectuer en Belgique.

En pratique, lorsque l'intéressé s'est vu délivrer un permis de travail B ou une carte professionnelle, la durée de l'autorisation de séjour accordée est supérieure d'un mois à la durée de validité du permis ou de la carte et le titre de séjour délivré reproduit la durée de l'autorisation de séjour.

Article 18 § 3:

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'exercice d'une activité lucrative sur le territoire de toute autre Partie contractante, les Parties contractantes s'engagent à assouplir, individuellement ou collectivement, les réglementations régissant l'emploi des travailleurs étrangers ».

Réponses aux demandes d'information du Comité d'experts indépendants

Quelles sont les conséquences sur l'autorisation de séjour lorsque l'étranger perd son emploi pour une raison qui ne lui est pas imputable (surtout pour le permis de travail B) ?

Lorsque l'étranger obtient un titre de séjour (certificat d'inscription au registre des étrangers – CIRE-) suite à une autorisation de séjour délivrée sur base d'un permis de travail B, ce titre de séjour ne lui est pas retiré s'il apparaît qu'il ne travaille plus effectivement. La raison de la cessation de son activité salariée n'entre aucunement en compte.

En effet, en vertu de l'article 13, alinéa 3 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, l'intéressé ne peut se voir délivrer un ordre de quitter le territoire que lorsqu'il prolonge son séjour dans le pays au-delà de la durée limitée pour laquelle il avait été autorisé à séjourner en Belgique et qu'il n'est plus en possession d'un titre de séjour régulier.

Un délai est-il accordé à l'intéressé afin de rechercher un autre emploi et si oui, lequel ?

L'étranger titulaire d'un certificat d'inscription au registre des étrangers sur base d'un permis de travail ne verra pas son titre de séjour prolongé d'un quelconque délai pour lui permettre de retrouver un emploi.

Pour rappel, le titre de séjour de l'intéressé est prorogé ou renouvelé uniquement si le permis de travail est lui-même renouvelé et uniquement si cette demande est introduite avant l'expiration de son titre de séjour.

Par conséquent, son CIRE sera prolongé uniquement si au cours de la période de validité de son premier CIRE,

L'étranger a retrouvé un travail et a obtenu un permis de travail pour l'exercer.

Dans ce cas, plus aucune demande d'autorisation de séjour ne devra être introduite, son titre de séjour sera simplement prorogé sur présentation de son permis de travail.

Une prolongation de l'autorisation de séjour est-elle prévue dans l'attente d'une décision de justice à la suite d'un recours contre le licenciement exercé par l'intéressé ?

L'autorisation de séjour est conditionnée par l'octroi d'un permis de travail et la durée de sa validité dépend de la durée de la validité du permis de travail octroyé. Par conséquent, lorsqu'un recours est introduit par l'étranger à l'encontre de son licenciement, son autorisation de séjour ne sera jamais prolongée, sauf, le cas échéant, si un nouveau permis de travail lui est octroyé.

Il y a toutefois lieu d'attirer l'attention sur le fait que si un étranger ne peut voir son titre de séjour renouvelé ou prorogé à défaut de permis de travail, il lui est toutefois possible d'obtenir un titre de séjour en application d'une autre disposition de la réglementation concernée. Il peut, le cas échéant, introduire une demande d'autorisation de séjour sur base de la cohabitation dans le cadre d'une relation durable, en tant qu'étudiant, ...

L'accès des ressortissants étrangers aux fonctions contractuelles de la fonction publique fédérale

La loi du 2 juillet 1993 portant certaines mesures en matière de fonction publique énumère, en son article 4, 61er, les tâches qui peuvent être confiées à des personnes engagées sous le régime du contrat de travail :

1. répondre à des besoins exceptionnels et temporaires en personnel, qu'il s'agisse soit de la mise en œuvre d'actions limitées dans le temps, soit d'un surcroît extraordinaire de travail ;
2. remplacer des membres du personnel en cas d'absence totale ou partielle, qu'ils soient ou non en activité de service, quand la durée de cette absence implique un remplacement, et ce sans préjudice de la possibilité de remplacer un agent statutaire par un autre agent statutaire ;
3. accomplir des tâches auxiliaires ou spécifiques ;
4. pourvoir à l'exécution de tâches exigeant des connaissances particulières ou une expérience large de haut niveau, toutes deux pertinentes pour les tâches à exécuter, également lorsque les tâches à exécuter concernent des missions permanentes.

L'arrêté royal du 18 novembre 1991 fixant les conditions d'engagement par contrat de travail dans certains services publics a été remplacé par l'arrêté royal du 13 mars 2002 (même intitulé).

Cet arrêté royal est joint en annexe.

L'article 2, alinéa 1^{er}, 2^o, de cet arrêté royal réserve aux seuls Belges l'accès aux fonctions qui comportent une participation, directe ou indirecte, à l'exercice de la puissance publique et aux fonctions qui ont pour objet la sauvegarde des intérêts généraux de l'Etat.

Ceci signifie que toutes les autres fonctions contractuelles sont accessibles aux ressortissants étrangers, même non européens.

Il n'existe pas de définition réglementaire générale des fonctions réservées aux Belges ou de celles accessibles aux ressortissants étrangers. Il appartient à chaque ministre d'organiser ses services et donc de déterminer quelles seront les fonctions qui y seront exercées par chaque collaborateur et sous sa seule responsabilité. Il appartient donc à chaque service public fédéral et à chaque organisme fédéral d'intérêt public de déterminer si l'exercice d'une fonction comporte une participation directe ou indirecte à l'exercice de la puissance publique.