



12 mars 2009

RAP/RCha/BE/III(2009)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE (révisée)

3^e Rapport national sur l'application de la
Charte Sociale européenne (révisée)

soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA BELGIQUE

(pour la période du 01/01/2005 – 31/12/2007
sur les articles 3, 11, 14 et 30 ;
pour la période du 01/05/2004 – 31/12/2007
sur les articles 12 et 13)

Rapport enregistré au Secrétariat le 12 mars 2009

CYCLE 2009

ROYAUME DE BELGIQUE

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE REVISEE

CYCLE DE CONTROLE XIX-2

ARTICLES : 3, 11, 12, 13, 14 et 30

Troisième rapport de la Belgique - Mars 2009

Article 3 : Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail.

ARTICLE 3 §1

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs :

à définir, mettre en œuvre et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail. Cette politique aura pour objet primordial d'améliorer la sécurité et l'hygiène professionnelles et de prévenir les accidents et les atteintes à la santé qui résultent du travail, sont liés au travail ou surviennent au cours du travail, notamment en réduisant au minimum les causes des risques inhérents au milieu de travail.

Il n'y a pas d'évolution depuis le rapport dernier.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Dans le cadre de la Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail, la Commission européenne a invité les Etats membres à définir et à adopter des stratégies nationales en articulation avec la stratégie communautaire et à fixer des objectifs quantitatifs à atteindre. Notre stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012 en constitue le projet belge, présenté par notre Ministre de l'Emploi. Son objectif principal est de parvenir à une réduction continue, durable et homogène des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce plan est décliné en cinq programmes contenant des actions essentielles qui visent à concrétiser les principes retenus dans la stratégie. Voici les axes importants de l'action future à retenir à travers les 5 programmes :

- diminuer le nombre d'accidents sur les lieux de travail, notamment par l'examen des conditions connexes.
- favoriser les changements de comportement chez les travailleurs par la promotion d'une culture de prévention des risques, en mettant à disposition de l'information. Le but de la création du Centre de connaissance interactif sur le bien-être au travail (www.beswic.be) qui constitue le point focal belge de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, est de renforcer la culture de prévention dans les entreprises et chez les travailleurs.
- Améliorer le fonctionnement des services de prévention, notamment l'échange d'information et un renforcement du contrôle de ces services.
- Lancement de la première enquête de qualité sur l'état de santé et de la sécurité au travail en 2009.

Ces axes se retrouvent dans les 5 programmes suivants, développés sous la forme de fiches projets. Chaque projet contient les objectifs, la description des actions à mener et un calendrier de mise en œuvre.

- I. renforcer la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail par les actions suivantes :
 - renforcer l'efficacité des services de prévention et leurs actions
 - renforcer la prévention contre les accidents du travail, notamment dans les secteurs à nouveaux risques et les PME
 - renforcer la prévention contre les maladies professionnelles (troubles musculo-squelettiques, stress)
 - promouvoir des changements de comportements et une culture de prévention (développement de Beswic)
 - faire face à des risques nouveaux en les identifiant

- renforcer la cohérence des politiques de prévention
 - renforcer le bien-être au travail en procurant des outils d'analyse des risques et organiser une évaluation permanente.
- II. Améliorer le traitement des maladies professionnelles et la réinsertion des travailleurs, notamment en incapacité de travail.
 - III. Renforcer le contrôle et l'efficacité de l'application des législations et règlements notamment dans les secteurs à risques (campagnes d'inspection et de contrôle, évaluation des systèmes de déclarations de risques sociaux)
 - IV. Moderniser et simplifier la législation et réglementation (création du Code sur le bien-être au travail en uniformisant les concepts de base du bien-être au travail) et ratifier les conventions internationales de l'OIT
 - V. Evaluer constamment et en permanence, en organisant notamment une enquête sur le bien-être au travail.

Avant la mise en œuvre réelle de la stratégie nationale, celle-ci doit être présentée en octobre aux partenaires sociaux du Conseil national du travail, ainsi que, pour les matières qui les concernent, au Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, et au Comité de gestion du Fonds des accidents de travail et du Fonds des maladies professionnelles. Les partenaires sociaux auront à approuver la stratégie nationale qui sera ensuite notifiée au Conseil des Ministres.

Cette stratégie constitue donc le principal objectif de la politique nationale en matière de bien-être au travail.

Il est à noter que le Beswic, mentionné plus haut, était déjà opérationnel avant l'initiative de la création de la stratégie nationale, de même que le Swic, centre de documentation sur le bien-être au travail, créé au sein de la direction générale de l'Humanisation du travail.

Avant la création de cette stratégie nationale, une autre initiative de la politique nationale était le plan Pharaon I, 2004-2007, qui se poursuit en plan Pharaon II pour les années à venir. Le but principal de ce plan était la réduction des accidents de travail graves. Une meilleure applicabilité de ce plan nécessite encore la simplification et la modification de la réglementation. Les actions mises en œuvre dans ce plan sont évaluées en permanence et certaines des actions entrent aussi dans la stratégie nationale, comme par exemple simplifier les formalités administratives, optimiser la capacité d'inspection, rendre accessible et harmoniser la documentation sur le bien-être au travail.

Une autre réalisation au cours des années 2005 à 2007 a été la finalisation du projet de Code sur le bien-être au travail, qui codifie en un recueil tous les arrêtés d'exécution de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être au travail, et qui actualise la plupart des anciennes dispositions toujours en vigueur du Règlement général pour la protection au travail. La codification a permis d'accéder à une meilleure lisibilité de la réglementation sur le bien-être au travail, une uniformisation de la terminologie utilisée dans les différents arrêtés royaux, une simplification de certains textes, une mise en évidence des principes généraux. Le projet de Code est actuellement examiné par le Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail.

ARTICLE 3 § 2

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs :

à édicter des règlements de sécurité et d'hygiène.

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Protection des travailleurs contre l'amiante :

La directive 83/477/CEE du 19/09/83 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail, modifiée par la directive 2003/18/CEE du 27/03/03, a été transposée dans la réglementation belge par l'arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante (Moniteur belge du 23/03/06).

La directive 1999/77/CE du 26/07/99 interdisant la mise sur le marché et l'emploi de produits contenant de l'amiante, a été transposée par l'arrêté royal du 23 octobre 2001 limitant la mise sur le marché et l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses (amiante) (Moniteur belge du 30/11/01), cosigné par les Ministres des Affaires économiques, Emploi et Travail, Affaires sociales, Santé publique et Environnement.

Protection des travailleurs contre les substances chimiques :

L'annexe I « valeurs limites d'exposition professionnelle » de l'arrêté royal du 11 mars 2002 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés aux agents chimiques, applicable également à l'arrêté royal du 20 février 2002 relatif à la protection des travailleurs exposés à des agents cancérigènes ou mutagènes, a été modifiée par l'arrêté royal du 17 mai 2007 (MB du 07/06/07) modifiant l'arrêté royal du 11 mars 2002 précité. Cet arrêté royal du 17 mai 2007 est la transposition de la directive 2006/15 de la Commission européenne du 07/02/06 établissant une 2^e liste de valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle.

Protection des travailleurs précaires :

L'arrêté royal du 19 février 1997 concernant la protection des travailleurs intérimaires est effectivement en cours de révision par un nouveau projet d'arrêté royal. Ce nouveau projet fait toujours l'objet de discussions de la part des partenaires sociaux, qui portent sur le financement de la surveillance de la santé des travailleurs intérimaires. Un accord n'a pas encore abouti. Le contenu de ce projet ne peut pas être divulgué tant que le Ministre de l'Emploi ne l'a pas signé.

Consultation des organisations professionnelles :

Aucun changement n'est intervenu dans les mécanismes de consultation des organisations professionnelles.

ARTICLE 3 § 3.

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs :

à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements.

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen sur les droits sociaux.

La fusion entre l'inspection technique et l'inspection médicale.

Début 2003, l'Administration de la Sécurité du Travail (AST) et l'Administration de l'Hygiène et de la Médecine du Travail du Ministère Fédéral de l'Emploi (dénommé actuellement Service Public Fédéral Emploi) ont été supprimées et remplacées par la Direction générale du Contrôle du Bien-être au Travail (CBE).

Les services d'inspection de l'Hygiène et de la Sécurité sont donc désormais unis pour assurer le contrôle du bien-être au travail.

Le personnel du service qui était chargé au sein de l'ancien Ministère des Affaires économiques du bien-être au travail dans les mines a rejoint le SPF Emploi et le CBE.

ARTICLE 3 § 4.

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs :

à promouvoir l'institution progressive des services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil.

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

La teneur et le fonctionnement des services de prévention au travail sont réglementés par les arrêtés royaux du 27 mars 1998 relatifs au service interne et aux services externes pour la prévention et la protection au travail. D'autres informations plus détaillées se trouvent sur notre site www.emploi.Belgique.be, sous le thème « bien-être au travail », rubrique « structures organisationnelles » et puis service interne et service externe pour la prévention et la protection au travail.

Ci-dessous figurent quelques données issues des rapports annuels présentés par les services externes pour la prévention et la protection au travail pour la période de référence. Ces services externes sont au nombre de 15 pour la Belgique, les chiffres donnés ci-après se rapportent à l'ensemble de ces services.

	2005	2006	2007
Nombre d'entreprises affiliées aux services externes	167.001	182.303	202.526
Nombre de travailleurs déclarés par les entreprises affiliées	2.578.745	2.733.260	2.981.954
Nombre de travailleurs soumis à la surveillance de santé	2.486.333	2.104.485	2.438.945
Nombre de travailleurs non soumis à la surveillance de santé	223.723	272.156	349.910
Nombre d'évaluations de santé périodiques pratiquées	1.032.207	1.285.954	1.431.777
Nombre d'examens pour le risque d'activité à risque défini (agents chimiques, physiques, biologiques)	1.146.009	1.657.420	1.755.042
Nombre de vaccinations pratiquées	256.911	326.595	279.465
Nombre de conseillers en prévention-médecins du travail	883	929	1.039
Nombre total de conseillers en prévention (médecins du travail, ingénieurs, ergonomes, hygiénistes, conseillers psychosociaux)	1.124	1.279	1.385

Article 11: Droit à la protection de la santé.

ARTICLE 11§1.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties 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.

Evolution depuis le dernier rapport.

En communauté flamande.

Quelles sont les maladies qui posent actuellement les problèmes de santé publique les plus importants dans votre pays ?

Chez les hommes, trois causes de décès provoquent la perte d'un tiers des années potentielles de vie (APV) (avant l'âge de 75 ans) : le *cancer du poumon*, les *maladies cardiaques ischémiques* (MCI) et le *suicide*. Chez les hommes, le nombre total d'années potentielles de vie perdues est 1,5 fois plus élevé que chez les femmes.

Chez les femmes, ce n'est pas le cancer du poumon, mais le *cancer du sein* qui constitue la cause principale de décès prématuré (12,5% du nombre total d'APVP). Le *cancer du poumon* et le *suicide* complètent le top 3 chez les femmes. Au total, ces 3 causes de décès sont à l'origine de 25% des années potentielles de vie perdues chez les femmes.

Les accidents de transport et le suicide jouent un rôle important car ils constituent une cause de mortalité à un âge relativement jeune. Les cancers et les maladies cardiaques (ischémiques) sont importants en raison du nombre élevé de décès qu'ils provoquent à un âge plus avancé.

Ces 9 dernières années, le nombre total d'années potentielles de vie perdues a connu une diminution en raison de la baisse du nombre de décès pour quasiment toutes les causes de mortalité. Les seuls chiffres en légère augmentation concernent le cancer du poumon chez les femmes et les maladies du système digestif chez les hommes et les femmes.

Tableau 1: Causes principales de décès par catégorie d'âge chez les hommes et les femmes (nombre de décès dus à cette cause / % du chiffre total de mortalité dans ce groupe d'âge)

ÂGE	HOMMES	FEMMES
<1 an	Conséquences de facteurs liés à la mère et aux complications durant la grossesse et l'accouchement (33 / 22%) 6 décès, 6 causes différentes (1 / 17%)	Maladies congénitales (36 / 29%)
1-4 ans	Leucémie/Accidents de transport (3 / 17%)	Leucémie (2 / 11%)
5-9 ans	Accidents de transport (5 / 36%)	Accidents de transport (2 / 13%)
10-14 ans	Accidents de transport (25 / 38%)	Leucémie/Accidents de transport (3 / 21%)
15-19 ans	Accidents de transport (11 / 30%)	Accidents de transport (11 / 30%)

20-24 ans	Accidents de transport (63 / 46%)	Accidents de transport / Suicide (7 / 19%)
25-29 ans	Suicide (43 / 31%)	Suicide (10 / 19%)
30-34 ans	Suicide (65 / 34%)	Suicide (13 / 18%)
35-39 ans	Suicide (63 / 25%)	Suicide (22 / 18%)
40-44 ans	Suicide (82 / 22%)	Cancer du sein (46 / 19%)
45-49 ans	Suicide (91 / 16%)	Cancer du sein (48 / 13%)
50-54 ans	Cancer du poumon (110 / 16%)	Cancer du sein (106 / 18%)
55-59 ans	Cancer du poumon (222 / 16%)	Cancer du sein (132 / 17%)
60-64 ans	Cancer du poumon (341 / 18%)	Cancer du sein (134 / 15%)
65-69 ans	Cancer du poumon (431 / 18%)	Cancer du sein (141 / 11%)
70-74 ans	Cancer du poumon (564 / 18%)	Maladies cardiaques ischémiques (193 / 9%)
75-79 ans	Maladies cardiaques ischémiques (648 / 13%)	Maladies cardiaques ischémiques (368 / 10%)
80-84 ans	Maladies cardiaques ischémiques (642 / 12%)	Maladies cardiaques ischémiques (646 / 11%)
>85 ans	Maladies cardiaques ischémiques (658 / 12%)	Insuffisance cardiaque (1358 / 12%)

Source : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers.aspx>, Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Informatie en Ondersteuning (Agence Soins et Santé – Département Information et Assistance)

Mesures susceptibles d'assurer l'accès universel aux soins de santé/répartition géographique

Cf. Contribution SPF SPSCAE :

- Remboursement des soins médicaux par le biais de l'assurance maladie obligatoire
- Introduction du maximum à facturer

Mesures complémentaires pour la Flandre:

- Par le biais de son décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté, le Gouvernement flamand a posé en 2003 les jalons de la politique flamande en matière de pauvreté. Lors de l'application de ce décret, le « **droit aux soins de santé** » est repris en tant que **droit fondamental**. Chaque année, le Gouvernement flamand doit faire état, dans le *Vlaams Actieplan Armoedebestrijding* (Plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté), des mesures politiques qu'il a mises en œuvre pour garantir aux personnes précarisées le droit aux soins de santé.
- En 1999, le Gouvernement flamand a instauré l'**Assurance soins flamande**, destinée à poursuivre l'optimalisation de l'accessibilité aux structures pour personnes âgées. Celle-ci a pour objectif d'intervenir dans les frais non médicaux des personnes qui nécessitent des soins. Grâce à ce système solidaire dans lequel chacun paie pour tout le monde, sans nécessairement devoir un jour faire appel à cette assurance, les autorités flamandes tissent, au sein de la société, le lien nécessaire avec le groupe des personnes tributaires de soins. (<http://www.vlaamsezorgverzekering.be>)

- Agrément des structures par la Communauté flamande qui veille depuis 2003 à une bonne répartition dans l'ensemble de la Région flamande sur la base du **décret sur les régions de soins** (un modèle hiérarchique de division de la région, basé sur des flux de personnes et qui tient compte des limites des communes).
- Le décret flamand du 3 mars 2004 relatif aux **soins de santé primaires** et à la coopération entre les prestataires de soins stipule que les dispensateurs de soins s'efforcent d'optimiser l'accessibilité des soins de santé primaires. Cette notion d'« accessibilité » doit être envisagée au sens large du terme et s'inscrit dans le cadre de la « politique d'égalité des chances » que la Communauté flamande entend mener. Ceci signifie que l'on tient également compte de la diversité humaine lorsque l'on dispense les soins, ce qui inclut notamment des facteurs tels que la culture et la situation financière. En tenant compte de ces facteurs, et en les respectant, on s'inscrit dans l'idée des « soins sur mesure ». Il n'est pas exclu d'envisager la prise de mesures de discrimination positive pour atteindre cette égalité des chances.
- Dans son décret du 21 novembre 2003 relatif à **la politique de santé préventive**, le Gouvernement flamand s'engage à accorder une attention particulière (1) aux groupes de population défavorisés, (2) aux groupes de population plus exposés aux risques pour la santé et (3) à l'accessibilité de l'offre en matière de soins de santé préventifs. La forme que prendra l'attention accordée aux soins de santé préventifs pour les personnes défavorisées sera définie lors des conférences de santé et dans les contrats de gestion conclus avec les organisations partenaires et les organisations oeuvrant sur le terrain.

Comment les services de santé publique sont organisés :

Description générale : cf. Contribution du SPF SPSCAE

En ce qui concerne **l'organisation de soins de santé primaires**, le Gouvernement flamand a promulgué le 3 mars 2004 *le décret relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins* ([decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders](#)).

Les soins de santé primaires constituent la base des soins de santé et il est nécessaire de les renforcer. Ce nouveau décret relatif aux soins de santé primaires génère l'espace nécessaire à diverses formes de coopération et permet également de les soutenir, là où cela s'avère possible et nécessaire. En effet, de plus en plus, l'organisation monodisciplinaire de l'offre de soins, avec des dispensateurs de soins et d'aide travaillant seuls, fait place à des liens de coopération organisés. Cette évolution se fait jour tant du côté de l'offre que du côté de la demande. Ces formes de collaboration ont pour but de stimuler la concertation, de parvenir à des accords de répartition des tâches, d'échanger des données et de favoriser la constitution de réseaux.

Un élément essentiel pour parvenir à une organisation effective et efficace des soins de santé primaires est un découpage adéquat de la Région flamande et de la Région de Bruxelles-Capitale en régions de soins. Le décret du 23 mai 2003 relatif à la répartition en régions de soins et relatif à la coopération et la programmation de structures de santé et de structures d'aide sociale ([decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen](#)) (décret sur les régions de soins) vise l'organisation territoriale des soins dispensés en Flandre.

Fonctionnement futur:

- Les *Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg* ou *SEL* (Initiatives de coopération relatives aux soins de santé primaires) sont au cœur du décret relatif aux soins de santé primaires. Ces *SEL* dépassent le niveau pratique et s'axent essentiellement sur les activités organisationnelles propres aux soins de santé primaires. La répartition géographique des *SEL* sera déterminée par l'application du décret sur les régions de soins. En vue de la simplification et de la réduction des structures, les *SEL* reprendront les tâches des *samenwerkingsinitiatieven inzake*

thuisverzorging (SIT - Initiatives de coopération en matière de soins à domicile) déjà existantes et des *geïntegreerde diensten voor thuisverzorging* (GDT - Services intégrés de soins à domicile). Un projet d'arrêté du Gouvernement flamand relatif aux SEL a été rédigé.

- Les Accords de coopération au niveau pratique : afin de renforcer les soins de santé primaires, le décret prévoit l'agrément et la possibilité de subventionner des accords de coopération au niveau pratique. Les différents dispensateurs de soins, actifs dans le domaine des soins de santé primaires, peuvent entrer en ligne de compte.
- Les organisations partenaires: afin de soutenir les soins de santé primaires, le décret prévoit d'agréer et de subventionner des organisations partenaires qui font fonction de centres d'expertise.

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/defaultRegelgeving.aspx?id=5444>

La structure des **soins de santé préventifs** en Flandre est détaillée dans le *décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive*. En organisant efficacement l'offre d'initiatives favorisant la santé, ce décret vise la réalisation d'un gain de santé maximum pour la population flamande, de manière à pouvoir contribuer à l'augmentation de la qualité de vie.

Ce décret passe en revue les partenaires de l'organisation des soins de santé préventifs :

- **Les logo** : accords de coopération, reconnus par le Gouvernement flamand, de concertation et d'organisation loco-régionales en matière de santé dans une aire géographique d'un seul tenant. Les *logo* font donc désormais l'objet d'un ancrage décretaal, ce qui leur fournit une base plus solide que l'arrêté du Gouvernement flamand (dont il était question dans le précédent rapport).
- **Les organisations partenaires** : organisations dotées de la personnalité juridique qui font fonction de noyau au sein d'un réseau d'expertise, et qui sont reconnues et subventionnées de plein droit ou reconnues et subventionnées par le Gouvernement flamand en raison d'au moins une des compétences suivantes :
 - l'expertise portant sur le contenu de la prévention des maladies;
 - l'expertise portant sur le contenu de la promotion de la santé ;
 - la fourniture de données en matière de soins de santé.
- **Les organisations oeuvrant sur le terrain** : organisations reconnues de plein droit ou reconnues et/ou subventionnées par le Gouvernement flamand, qui exécutent les missions, appliquent les méthodologies et/ou fournissent des services sur le terrain, en ce qui concerne les soins de santé préventifs.
- **Les prestataires de soins individuels** : médecins, paramédicaux ou praticiens d'une autre discipline médicale ou paramédicale reconnue, qui posent des actes dans le domaine des soins de santé préventifs.

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventiedecreet.aspx>

a. Quel est le nombre des centres de prévention et dépistage ?

Remarque préalable :

Ne sont ici mentionnés que les centres ayant une tâche spécifique en matière de prévention ou de dépistage. Cependant, le système belge suit un modèle médical plus intégré, dans lequel une partie de ces activités ne se déroule pas dans des centres spécialisés de ce type, mais par le biais de structures existantes, relevant partiellement du secteur curatif. Les autorités flamandes font essentiellement appel aux structures existantes de soins de santé (curatifs) pour organiser leurs soins de santé préventifs. Cela signifie également qu'en matière de programmes de dépistage, il s'agit de programmes mis en œuvre de manière décentralisée qui sont, autant que possible, pilotés de manière centralisée.

- **Logo**: il s'agit d'accords de coopération, reconnus par le Gouvernement flamand, de concertation et d'organisation loco-régionales en matière de santé. Ils s'occupent de la promotion de la santé et de la prévention au niveau local, dans le

cadre des objectifs flamands en matière de santé, à l'égard de la population générale et de groupes cibles spécifiques (voir ci-après la description de leur organisation, fonctions et tâches). On compte en Flandre (Bruxelles y compris) un total de 26 logo. Chaque *logo* est situé dans une aire géographique d'un seul tenant et couvre entre 100 000 et 400 000 habitants.

- **Kind en Gezin**: organise les soins de santé préventifs pour les enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge où ils sont scolarisés (en principe deux ans et demi) et ceci, à partir des 338 bureaux de consultation locaux et des 62 centres régionaux. Kind en Gezin a fait, en 2003, 489 725 consultations et, au total, 156 480 enfants ont été examinés au moins une fois dans un bureau de consultation.
- **CLB** : *centra voor leerlingbegeleiding* (centres d'encadrement des élèves). Il existe en Flandre 75 CLB, avec un total de 262 lieux d'implantation. Ceux-ci couvrent en principe tous les enfants et les jeunes scolarisés (1 081 081 au total). Voir ci-après la description de leur fonctionnement et leurs missions (PAR. 2, question A).
- Les **services** internes et externes **de prévention et de protection au travail** peuvent se composer de deux départements, respectivement de deux sections: 1) un département ou une section « surveillance médicale » et 2) un département ou une section « gestion des risques ». L'agrément des départements et des sections « surveillance médicale » relève de la compétence de la Communauté flamande. L'agrément comme section « surveillance médicale » est une condition pour que le service puisse être agréé comme service externe par les autorités fédérales. Il y a à l'heure actuelle 64 services internes avec un département « surveillance médicale » agréé par la Flandre et 14 services externes avec un agrément flamand pour la section « surveillance médicale ».
- **CGG** : *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* (centres de soins de santé mentale): les CGG sont des a.s.b.l. reconnues et subventionnées par les autorités flamandes. Leur mission consiste tout d'abord à proposer une aide ambulatoire et spécialisée en cas de problèmes de nature psychique, relationnelle ou psychosomatique. Certains de ces centres ont également une mission spécifique de prévention. Il existe 21 CGG reconnus et subventionnés par les autorités flamandes, avec un total de 89 sites répartis sur la Flandre et Bruxelles.
- **Centres de dépistage du cancer du sein** : on compte 177 unités mammographiques agréées et 5 centres de dépistage du cancer du sein.
- **Aids-referentiecentra (Centres de référence SIDA)** : le 1^{er} juillet 1996, Mme de Galan, ministre des Affaires sociales, a reconnu les sept centres de référence SIDA comme des centres de revalidation. Ces centres sont issus des *aidsreferentielaboratoria* (laboratoires de référence SIDA) et se penchent, entre autres, sur l'encadrement psychosocial des personnes atteintes par le virus HIV et de leur entourage. Ils soutiennent également les personnes qui demandent un test de dépistage du SIDA. Cinq de ces centres se trouvent en Flandre.
- La Flandre compte 3 centres agréés de dépistage des affections métaboliques congénitales.

b. Quels sont les examens systématiques de santé :

- Pour les **enfants de 0 à 3 ans**, Kind en Gezin organise régulièrement des examens médicaux : voir la description complète ci-après (PAR 1, question B, a).
- Pendant leur scolarité, les **jeunes** passent régulièrement un examen médical dans les CLB. Pour la description complète des examens et des périodes auxquelles ils sont pratiqués, voir ci-après (PAR. 2, question A, point b).
- Pour la **population au travail**, un examen médical général est régulièrement pratiqué par les services médicaux d'entreprise. Le contenu et la fréquence des examens médicaux dépendent notamment du risque lié au poste de travail et du

fait qu'il s'agisse ou non d'un poste de sécurité. Voir ci-après (PAR. 2, question A, point b).

- Un examen mammographique de dépistage du cancer du sein est proposé à toutes les **femmes de 50 à 69 ans** résidant en Région flamande et aux femmes néerlandophones résidant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Voir ci-après (PAR. 2, question A, point b).
- **Dépistage néonatal** : La Communauté flamande subventionne le dépistage pour tous les nouveau-nés dans les trois centres agréés des affections suivantes : phénylalaninémie, hypothyroïdie, hyperplasie corticosurrénale, déficit en biotinidase, déficit en medium-chain acyl-CoA dehydrogenase, déficit en multiple acyl-CoA dehydrogenase, acidémie isovalérique, acidémie propionique, acidémie méthylmalonique, maladie du sirop d'érable et acidémie glutarique. Bien que ce dépistage ne soit pas obligatoire, il est effectué chez plus de 98% des nouveau-nés. Voir ci-après (PAR. 2, question A, point b).

Le taux de mortalité infantile et périnatale :

Entre 1998 et 2006, le taux de mortalité infantile en Flandre a baissé significativement, passant de 5,1 à 4,0 sur 1.000 naissances vivantes. Les dernières années, les taux ne montrent plus de tendances significatives.

Tableau 2 : Évolution de la mortalité infantile et périnatale en Flandre (2000-2006).

Année	Nombre de naissances global	Mortinatalité	Mortalité périnatale	Mortalité néonatale précoce	Mortalité néonatale tardive	Mortalité post néonatale	Mortalité infantile	Mortalité foeto-infantile
2000	62.405	4,1	6,2	2,0	0,7	1,8	4,6	8,7
2001	60.946	4,2	6,4	2,2	0,6	1,7	4,5	8,6
2002	60.264	4,4	6,1	1,7	0,7	1,8	4,2	8,5
2003	60.551	4,9	6,8	1,9	0,8	1,5	4,2	9,1
2004	62.746	4,0	6,0	2,0	0,5	1,3	3,8	7,8
2005	64.295	3,3	5,3	2,0	0,6	1,2	3,8	7,1
2006	65.987	4,2	6,0	1,8	0,7	1,5	4,0	8,2

Définitions :

- Nombre de naissances global = nombre total de naissances d'un enfant, mort ou vivant, de $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines de durée d'aménorrhée.
- Mortinatalité = mortalité foetale = naissances d'un enfant mort de $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines de durée d'aménorrhée
- Mortalité périnatale = mortinatalité + mortalité néonatale précoce
- Mortalité néonatale précoce = décès d'un enfant né vivant de $\geq 500g$, avant le 8^e jour après la naissance
- Mortalité néonatale tardive = décès d'un enfant né vivant de $\geq 500g$, à partir du 8^e jour jusqu'au 28^e jour après la naissance
- Mortalité post néonatale = décès d'un enfant né vivant de $\geq 500g$, à partir du 29^e jour jusqu'au 365^e jour après la naissance
- Mortalité infantile = décès d'un enfant né vivant de $\geq 500g$, pendant la première année
- Mortalité foeto-infantile = Mortalité infantile + mortinatalité

Source: *Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Informatie en Ondersteuning* (Agence Soins et Santé – Section Information et Soutien)

Tableau 3 : Données les plus récentes pour 2007

	Nombre de décès	Taux de mortalité	de Garçons	Filles
Mortinatalité	298	4,4 ‰	4,1 ‰	4,8 ‰
Mortalité néonatale précoce	143	2,1 ‰	2,5 ‰	1,7 ‰
Mortalité périnatale	441	6,6 ‰	6,6 ‰	6,6 ‰

Source : Activités périnatales en Flandre, 2007. *Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie* (Centre d'études d'épidémiologie périnatale)

- Évolution du nombre de décès par mort subite du nourrisson (SIDS) en Flandre :

Année	Garçons	Filles
2000	22	21
2001	16	10
2002	21	5
2003	17	13
2004	14	11
2005	14	7
2006	19	11

L'espérance de vie :

L'espérance de vie à la naissance était de 82,9 ans pour les femmes flamandes et de 77,7 ans pour les hommes en 2006.

Mesures spéciales prises pour protéger la santé des :

a. Femmes enceintes, mères et tout petits :

K&G

Le suivi des femmes enceintes est assuré par le médecin généraliste et le gynécologue. Il existe, à cette fin, des recommandations pratiques destinées aux généralistes (en collaboration avec les gynécologues). Pour faciliter la coopération entre les différents dispensateurs de soins (généralistes, gynécologues, maternités), Kind en Gezin a élaboré à leur attention un « *Moederboekje* » (« Carnet de la mère »). Les dispensateurs de soins peuvent y consigner des données médico-techniques. Ce « Carnet de la mère » sert ainsi de lien entre tous les dispensateurs de soins. Pour les parents, il contient des informations sur la grossesse, l'accouchement et les dispositifs socio-juridiques, ainsi qu'un certain nombre de formulaires utiles (par exemple, pour demander un congé de maternité, des séances de kinésithérapie ou l'accès à la première classe dans les trains).

Des mesures de protection sont d'application pour les travailleuses enceintes (écartement de certains postes de travail, etc.): cf. services médicaux d'entreprise (fédéral)

Kind en Gezin est un organisme public flamand d'aide et d'avis sur le bien-être des enfants et les soins à leur prodiguer. Sa mission consiste à prendre des mesures en matière de prévention de la mortalité périnatale et de la prématurité, d'épanouissement de l'enfant au sein de la famille et de la société et d'assistance aux parents et, en particulier, en ce qui concerne l'encadrement médical de la mère durant la grossesse et après l'accouchement. Dans le cadre de cette mission, l'attention se focalise sur les soins préventifs tant prénatals que postnatals. (<http://www.kindengezin.be/KG/>)

Le décret du 30 avril 2004 a transformé l'organisme en une « Agence autonome interne » dotée de la personnalité juridique, liée au Ministère flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille.

En ce qui concerne l'organisation de l'assistance préventive aux familles, la mission de l'agence consiste à :

1. informer et conseiller les familles et les futurs parents sur la santé, le développement, l'éducation, l'alimentation et la sécurité des enfants;
2. suivre, détecter et signaler les risques en matière de santé, de développement et d'éducation des enfants, dont la maltraitance et les problèmes d'ouïe et de vue;
3. assurer les soins de santé préventifs au jeune enfant, notamment en faisant la promotion des vaccins, en les administrant et assurant leur suivi;
4. assister les familles et les futurs parents ayant des besoins spécifiques en matière de santé, de développement et d'éducation, notamment quand ils sont confrontés à des problèmes de pleurs, de sommeil, d'alimentation et d'interaction parents-enfants.

Par son assistance préventive aux familles, l'agence cherche à atteindre un maximum d'enfants et de familles mais, dans un même temps, elle s'adresse de façon intensive aux familles ayant des besoins spécifiques. Par familles ayant des besoins spécifiques, il convient d'entendre les familles défavorisées, les familles de réfugiés, celles avec des enfants handicapés, les familles monoparentales, celles ayant un enfant né prématurément et les familles à naissances multiples.

Kind en Gezin offre aux futurs parents et aux parents de jeunes enfants (0 à 3 ans) de la Communauté flamande des soins préventifs dans les domaines suivants: grossesse, alimentation, soins, santé, cadre de vie sûr, épanouissement et éducation.

Par cette offre de soins, l'agence veut atteindre les objectifs suivants :

- Les parents peuvent disposer d'une assistance et d'informations enrichissantes et adéquates au niveau de la santé, du développement et de l'éducation du jeune enfant.
- Chez les enfants qui bénéficient des services de Kind en Gezin, les risques pour la santé détectables sont décelés précocement, suivis et/ou font l'objet d'une réorientation.
- Les situations éducationnelles problématiques détectables dans des familles qui recourent aux services de Kind en Gezin et dans lesquelles l'intégrité physique et/ou psychique du jeune enfant risque d'être mise en péril ou est mise en péril, sont ainsi détectées le plus tôt possible, suivies et font l'objet d'une réorientation.
- Le plus grand nombre possible d'enfants sont vaccinés contre les maladies infectieuses.

Grossesse et accouchement : soins prénatals et périnatals :

Au niveau prénatal, des soirées d'information sont organisées à l'intention des futurs parents. Ces séances d'information insistent notamment sur un mode de vie sain. Kind en Gezin subventionne également des bureaux de consultation prénatale qui prévoient un accompagnement des femmes enceintes, particulièrement dans les régions comptant une concentration élevée de familles défavorisées (2 à Bruxelles, 3 à Anvers, 1 à Malines et 2 à Gand), où l'on s'efforce, le plus possible, de les guider vers des soins réguliers (pour éviter des soins à deux vitesses).

Au niveau postnatal, un(e) infirmier(ère) de Kind en Gezin rend visite à la parturiente à la maternité. De plus, tous les parents de nouveau-nés reçoivent la visite à domicile d'un(e) infirmier(ère) régional(e). On prévoit en principe 4 visites (en cas de première naissance) ou 3 visites (pour les naissances suivantes) durant les 3 premiers mois

suivant la naissance. Cet(te) infirmier(ère) présente les services offerts par Kind en Gezin, cerne les demandes et les besoins de la famille, prend des accords en matière de services, fournit des informations et une assistance pour les soins au bébé, son développement et l'interaction avec celui-ci. Lors des premiers contacts avec la famille et pendant l'ensemble du parcours d'accompagnement, il est très important de clarifier l'offre des services et les demandes de la famille. Cela permet de calquer l'offre de services sur les besoins de la famille et de le faire en concertation avec cette dernière. À cet égard, une attention particulière est accordée à la prévention de la mort subite du nourrisson. Dans ce cadre, les jeunes parents peuvent trouver des conseils pour que leur enfant dorme en toute sécurité dans les informations de base qui leur sont fournies par l'infirmier(ère) régional(e) de Kind en Gezin (cf. infra). Il s'agit de conseils pratiques quant à la position pendant le sommeil (sur le dos), à la température (faire attention à la combinaison habillement, literie, température de la chambre, veiller à ce qu'il n'y ait pas de tours de lit protecteurs ou de couette avant l'âge de 12 mois, à ce que l'enfant dorme dans un lit sûr). Il est également déconseillé de fumer en présence ou à proximité du bébé. On touche ainsi quasiment tous les (parents de) nouveau-nés. Les parents ont également la possibilité de vérifier sur le site web de Kind en Gezin, section « *Veilig meubilair* » (mobiliier sûr) si un lit d'enfant ou un berceau est sûr et d'utiliser une liste de contrôle pour procéder eux-mêmes à ce test lors de l'achat d'un tel mobiliier.

En plus des visites à domicile, les parents ont droit à 10 consultations pour l'enfant au bureau de consultation (7 pendant la première année de vie, 2 pendant la deuxième et 1 au cours de la troisième). Ces consultations consistent tout d'abord en une consultation auprès du médecin du bureau de consultation. Cette visite comprend notamment une anamnèse, un examen clinique, le suivi des données biométriques, le suivi du développement neuromoteur et de la communication suivant le schéma de Van Wiechen et – si les parents le souhaitent – l'administration de vaccins. Les parents sont ensuite reçus par un(e) infirmier(ère). Lors de cette consultation, l'infirmier(ère) régional(e) répond aux éventuelles questions et demandes des parents concernant les soins, l'alimentation, la santé, la sécurité et le développement de leur enfant. On donne également de façon anticipative des informations sur mesure aux parents en vue d'éviter des problèmes de santé et d'éducation. En plus des professionnels, quelques bénévoles désignés par le pouvoir organisateur participent à chaque séance. Ces bénévoles s'occupent d'accueillir, de peser et de mesurer les enfants.

Chaque séance est précédée et suivie d'une réunion de concertation de l'équipe, destinée à discuter des demandes en soins individuelles des familles, ainsi que du fonctionnement du bureau de consultation.

Outre cet ensemble de soins de base, les parents ayant des demandes supplémentaires ou présentant des indicateurs de risques accrus en matière de santé, de développement et d'éducation peuvent bénéficier de consultations et de visites à domicile supplémentaires. Il peut s'agir, par exemple, de familles défavorisées avec des enfants en bas âge, de familles avec un enfant handicapé ou un bébé né prématurément ou un bébé qui pleure continuellement, etc.

Les parents qui ont de légers problèmes d'éducation ou qui connaissent quelques tensions éducatives (en d'autres termes, des problèmes éducatifs relevant des phases de développement normales d'un enfant et des interactions quotidiennes normales entre parents et enfant) peuvent recourir aux consultations de l'assistance éducative. Ces consultations constituent une forme facilement accessible d'assistance individuelle de courte durée. Un ou plusieurs entretiens sont également organisés sur rendez-vous pour éclaircir le problème avec les parents, discerner les facteurs qui influencent et peuvent entretenir le problème et pour définir comment s'y attaquer.

Soins postnatals : Kind en Gezin a agréé 6 centres d'expertise en soins postnatals: un par province et un dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces centres ont pour but de continuer à développer et à diffuser les connaissances et l'expérience en matière de soins postnatals à la maison. Par « soins postnatals », il convient d'entendre la totalité des soins à prévoir pour la femme enceinte, la parturiente, son bébé et sa famille pendant la

grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Ces centres d'expertise ont également pour mission d'assister, au niveau du contenu, les aides familiales qui s'occupent de la mère et de l'enfant à la maison au sein des services d'aide à la famille. Toute personne résidant en Flandre et concernée, d'une manière générale, par la grossesse et l'accouchement et, en particulier, par des soins postnatals à domicile peut s'adresser à ces centres d'expertise spécialisés. Il peut donc s'agir de professionnels (appartenant ou non au milieu hospitalier) ou de non-professionnels (grand public, futurs parents, jeunes parents et leur entourage). Ces centres d'expertise en matière de soins postnatals ont conclu un contrat de gestion avec Kind en Gezin (jusqu'en 2007). Ils établissent chaque année un plan d'action, qu'ils soumettent à l'approbation de Kind en Gezin.

Kinderen krijgen in de 21^{ste} eeuw (Avoir des enfants au 21^e siècle) : projet mis en oeuvre par les mutualités libres avec le soutien de la Communauté flamande et fournissant aux femmes enceintes et à leur partenaire des explications sur la grossesse, l'accouchement et la façon de s'occuper du bébé.

Enfants et adolescents :

En Belgique, les soins de santé pour la jeunesse sont scindés en deux parties: les soins de santé préventifs et les soins de santé curatifs.

Les soins de santé curatifs sont dispensés par des médecins généralistes et des pédiatres dans des cabinets individuels ou de groupe et, le cas échéant, dans des départements spécialisés en pédiatrie dans les hôpitaux.

En Flandre, les programmes de soins de santé préventifs destinés à la jeunesse sont mis en oeuvre par deux structures subventionnées par les autorités: Kind en Gezin et les *CLB*, (*Centra voor Leerlingenbegeleiding* – Centres d'encadrement des élèves).

Les soins de santé à la jeunesse couvrent de nombreux aspects. La Flandre mène une politique active en matière d'aide à la jeunesse et d'aide intégrale à la jeunesse (<http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be/>). Voici les aspects spécifiques relatifs à la santé des enfants qui seront examinés plus en détail dans le présent rapport :

- le suivi des enfants en âge de scolarité par les *CLB* : voir ci-après (PAR. 2, Question A, point a). Un accord de coopération a été conclu en 2004 entre le département de l'Enseignement et le département du Bien-être, de la Santé publique et de la Culture pour l'échange de données, la communication et la politique relative aux soins de santé préventifs pour la jeunesse au sein des *CLB*.
- la promotion de la santé: de nombreuses actions et campagnes s'adressent spécifiquement aux jeunes; voir PAR. 2, Question B.

Personnes âgées :

La circulaire ministérielle du 18 mars 2003 a repris la prévention des chutes pour les personnes âgées vivant à domicile au nombre des indicateurs obligatoires pour les *logo*. Ceci implique que la prévention des chutes pour les personnes âgées vivant à domicile constitue une priorité de la politique en matière de prévention des accidents.

Initiatives concrètes :

- En 2005-2007, quelque 33 communes ont adhéré au projet « *BOEBS* » (*Blijf Op Eigen Benen Staan* – Restez sur vos jambes). Ce projet articulé autour de la prévention primaire des chutes a été élaboré en 2003-2004 par le *VIG* (Institut flamand de promotion de la Santé). Il s'agit d'un projet « communautaire » dans lequel les *logo* jouent un rôle de coordination. Au niveau de la Communauté, un certain nombre d'actions préventives ont été organisées pour éviter les chutes chez les personnes âgées.

http://www.vig.be/content.asp?nav=themas_ongevallenpreventie&selnav=526

- En 2007, la *Katholieke Universiteit Leuven* a lancé la mise en place d'une approche uniforme de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et présentant un risque aggravé. Il s'agit de sensibiliser les personnes âgées et leur entourage aux risques de chute à l'aide d'un dépliant explicatif et d'une liste d'auto-évaluation. Ce dépliant est réalisé notamment en collaboration avec le *VIG* et les *logo*. Pour l'application de ces méthodologies, les référents *SIT* (*Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg* – Initiatives de coopération dans les soins à domicile) suivent une formation en matière de prévention des chutes, puis forment à leur tour des professionnels de la santé selon le principe « *train the trainer* » (former le formateur) afin d'appliquer cette approche uniforme dans toute la Flandre.

<http://www.valpreventie.be>

Personnes ou groupes défavorisés :

Voir plus haut pour plus de détails sur l'accessibilité des soins de santé.

En ce qui concerne spécifiquement les soins de santé préventifs, le Gouvernement flamand s'engage, dans le décret prévention, à accorder une attention particulière aux groupes plus vulnérables, comme les personnes défavorisées.

- 1) Dépistage organisé du cancer du sein : le dépistage gratuit du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans et les vaccinations gratuites font partie de l'actuelle politique en matière de santé de la Communauté flamande, axée en premier lieu sur l'ensemble de la population. Toutefois, en proposant ces mesures sanitaires préventives gratuitement, il est possible de réaliser un gain de santé important en ce qui concerne les groupes vulnérables, comme les personnes précarisées.
- 2) Vaccinations gratuites : les enfants et les jeunes peuvent se faire vacciner gratuitement par les services de prévention organisés (*Kind en Gezin*, les *CLB*). Font partie du schéma de vaccination de base : les vaccins contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, les infections à *haemophilus influenza* de type B, la rougeole, les oreillons, la rubéole et les méningocoques du sérogroupe C.
- 3) Santé sexuelle : la Communauté flamande subventionne, via des conventions pluriannuelles et des arrêtés du Gouvernement flamand, des organisations qui contribuent à la santé sexuelle de l'ensemble de la population et de groupes cibles spécifiques tels que les jeunes et leurs parents, les allochtones et les populations mobiles, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe (femmes et hommes), les gens ayant le HIV et le SIDA, les migrants d'Afrique subsaharienne, les voyageurs et les consommateurs de drogues en intraveineuse. Les groupes cibles où un lien existe entre santé sexuelle et précarité sont : les jeunes (adolescentes enceintes), les migrants d'Afrique subsaharienne, les prostitué(e)s, les allochtones et les populations mobiles d'origines diverses. Ce lien est toutefois insuffisamment documenté, sauf dans le cas des adolescentes enceintes, et ne constitue pas le point de départ des actions entreprises.
- 4) Dans ses actions à l'égard du jeune enfant, *Kind en Gezin* accorde une attention particulière aux groupes défavorisés.
 - *Kind en Gezin* a développé un service spécifique à l'intention des futures mères vulnérables qui, souvent, ne se font pas accompagner médicalement avant la naissance (ou qui le font tardivement). Souvent, elles n'osent pas s'adresser aux centres de soins de santé normaux. Actuellement, 8 bureaux de consultation prénatale ont été agréés dans ce cadre, surtout

dans les grandes villes. Dans ces bureaux de consultation prénatale, les femmes enceintes sont suivies gratuitement jusqu'à l'accouchement, et ce via des consultations médicales et psychosociales. Le groupe cible des femmes enceintes vulnérables n'est pas le même partout. Afin de permettre une segmentation, on a adhéré au concept du Fonds des villes (fin 2003). C'est pourquoi l'organisation concrète du service est développée à 3 niveaux :

- grandes villes: Bruxelles, Anvers, Gand;
 - villes moyennes: Alost, Bruges, Hasselt, Genk, Courtrai, Louvain, Malines, Ostende, Roulers, Sint-Niklaas et Turnhout;
 - autres zones.
- Les équipes INLOOP : dans les communes et quartiers où habitent un grand nombre de familles défavorisées, Kind en Gezin agréée et subventionne des équipes INLOOP. Actuellement, 13 équipes Inloop sont agréées, dont 3 à titre provisoire. Ces équipes réalisent une offre supplémentaire à l'intention des familles défavorisées (autochtones et allochtones), venant en complément des services fournis par les bureaux de consultation et de la structure régionale plus large. Les tâches essentielles d'une telle équipe consistent à mettre sur pied une assistance éducative, un accueil et une coordination des soins axés sur le groupe. Cette offre est réalisée en collaboration étroite avec un réseau de partenaires locaux. Les parents ayant de jeunes enfants d'un même âge et appartenant au même groupe cible se réunissent pour approfondir certains thèmes pédagogiques, de soins et autres. Il est possible de prévoir un accueil occasionnel des enfants pendant ce travail en groupe, de sorte qu'un éventuel problème de garde d'enfants ne puisse pas constituer un obstacle à la participation. Les équipes Inloop sont accessibles à tous les ménages ayant de jeunes enfants de la région où elles sont situées. Un coordinateur encadre l'équipe et est responsable de l'organisation de la structure et de son intégration dans le quartier et dans la région.
- Pour la plupart, les assistants familiaux de Kind en Gezin sont des experts ayant un vécu en matière de précarité et des collaborateurs interculturels. Les experts en matière de précarité sont des personnes qui ont elles-mêmes vécu dans la précarité et qui connaissent de ce fait ce monde et les stratégies de survie de ces familles. On fait appel aux collaborateurs interculturels dans les régions connaissant de fortes concentrations de migrants, aussi là où aucune équipe Inloop n'est organisée. Les collaborateurs interculturels sont présents dans le bureau de consultation et pendant les visites à domicile chez les migrants. La présence d'experts ayant un vécu et de collaborateurs interculturels permet de combler le fossé qui existe parfois aujourd'hui entre les familles défavorisées et/ou allochtones et les intervenants. Les assistants familiaux sont là pour expliquer l'univers des familles défavorisées et/ou allochtones, pour remplir une fonction de passerelle, de modèle et de signal et pour assister les familles.
- Les services dispensés en matière d'assistance préventive aux familles comprennent également une offre pour les enfants se trouvant dans des situations de vie spécifiques.

- Centres d'aide aux enfants et d'assistance aux familles (CKG):

En Flandre, 23 centres d'aide aux enfants et d'assistance aux familles (CKG - *Centra voor Kinderzorg en Gezinondersteuning*) sont agréés et subventionnés par Kind en Gezin. Les CKG offrent aux familles ayant de jeunes enfants (0 à 12 ans) une assistance temporaire pour passer une période difficile, comme par exemple lorsque les parents sont empêchés d'éduquer leur enfant en raison d'un événement grave et/ou d'une lourde

charge. Outre un accueil de jour et/ou de nuit, ces centres accompagnent aussi les familles à domicile.

La réglementation des *CKG* – arrêté du Gouvernement flamand du 28 février 2003 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} mars 2002 fixant les conditions d'agrément et de subventionnement des centres d'aide aux enfants et d'assistance aux familles – met l'accent sur le mandat préventif de ce secteur. On se concentre sur les familles où ce sont surtout les facteurs sociaux qui constituent une entrave à l'éducation et qui entraînent éventuellement de légers problèmes comportementaux et/ou émotionnels chez l'enfant. Il est important que la situation soit encore de nature à pouvoir être inversée grâce à une intervention rapide dans les problèmes et que les familles elles-mêmes, avec l'aide éventuelle d'un autre intervenant, fassent la démarche de demander cette aide. Les situations de crise aiguë pour lesquelles il faut trouver immédiatement une solution font aussi partie des indications. Les *CKG* disposent d'une équipe multidisciplinaire d'éducateurs, de puéricultrices, de pédagogues, d'assistants sociaux, etc. L'accompagnement peut prendre différentes formes, en concertation avec les familles. Si cela est possible, la préférence est donnée à un accueil semi-résidentiel (accueil de jour) ou à un accompagnement ambulatoire (accompagnement à domicile) plutôt qu'à une prise en charge résidentielle (accueil de jour et de nuit).

- Services de placement familial à titre de soutien aux familles

La Flandre compte 4 services de placement familial à titre de soutien aux familles dont 3 sont insérés dans une structure plus importante où l'on fournit aussi une assistance dans le cadre de l'aide spéciale à la jeunesse. À la demande du (des) parent(s) ou des suppléants, un accueil de courte durée est possible, en cas de situation problématique ou de crise, dans une famille d'accueil affiliée à un de ces services. Tant les familles que les familles d'accueil sont soutenues professionnellement par ces services. Cette structure a été lancée à titre d'expérience en 1985 par Kind en Gezin. Après que les *CKG* ont reçu un nouveau profil, le placement familial a connu un nouvel élan en 2003 au sein de Kind en Gezin, qui considère le placement de courte durée (à l'inclusion de l'accueil de crise) comme une alternative équivalente à l'aide résidentielle offerte par les *CKG*. Dès le départ, cette forme de structure s'est vu attribuer une fonction de prévention. On place temporairement un enfant dans une autre famille pour éviter ainsi une escalade des problèmes. Le but est que les parents puissent continuer à assumer leur rôle de parents en les déchargeant temporairement de cette tâche et en les accompagnant pendant cette période. Les parents sont ainsi soutenus dans leur tâche éducative et on améliore l'assise familiale.

Hormis l'angle d'approche spécifique du soutien aux familles et une phase exploratoire importante pour déterminer si le placement familial à titre de soutien aux familles est la meilleure solution, les autres phases du processus de placement (par exemple, recrutement et promotion, préparation et sélection, accompagnement de la situation de placement) ne diffèrent pas à proprement parler du placement dans le cadre de l'aide spéciale à la jeunesse. Toutefois, les formes de placement offertes sont différentes.

- Centres de confiance pour enfants maltraités

L'aide en matière de maltraitance des enfants et le soutien des intervenants lors de l'accompagnement de cas de maltraitance d'enfants sont confiés aux centres de confiance pour enfants maltraités, agréés et subventionnés par Kind en Gezin.

On trouve un centre de confiance dans chaque province flamande et dans la Région de Bruxelles-Capitale (6 au total). Chaque citoyen qui connaît une situation de maltraitance d'enfant ou qui en présume l'existence peut s'adresser à ces centres. Ils s'occupent du premier accueil, de l'exploration ultérieure du cas signalé, du diagnostic spécialisé, de l'orientation éventuelle et de la coordination et du suivi de l'aide. Dans des cas exceptionnels, une aide intensive est même proposée. En outre, les centres soutiennent aussi d'autres thérapeutes pour ce qui est de la problématique de la maltraitance des enfants et participent au transfert d'expertise. Ils ont également pour mission de sensibiliser la population et de signaler les évolutions et les problèmes aux responsables politiques. Ce qui caractérise les centres de confiance est que leur assistance prend pour point de départ une relation de confiance avec les intéressés. Ceci ne signifie pas pour autant que l'assistance soit totalement facultative car, dans certaines situations, elle peut s'avérer être absolument nécessaire. On songe même dans certains cas à la rendre obligatoire.

En 1987, le cadre de cette forme d'assistance a été fixé dans l'arrêté de l'Exécutif flamand du 8 juillet 1987 fixant les conditions d'agrément et de subventionnement des centres d'aide à l'enfance maltraitée. L'arrêté du Gouvernement flamand du 2 décembre 1997 fixant les conditions d'agrément et de subventionnement des centres de confiance pour enfants maltraités a actualisé l'arrêté précédent.

Mesures prises pour protéger la santé génésique :

La Communauté flamande subventionne, via des conventions pluriannuelles, des organisations qui contribuent à la santé sexuelle de l'ensemble de la population et de groupes cibles spécifiques tels que les jeunes et leurs parents, les allochtones et les populations mobiles, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe (hommes et femmes), les personnes ayant le HIV et le SIDA, les migrants d'Afrique subsaharienne, les voyageurs et les consommateurs de drogue par voie intraveineuse.

Voici les principales organisations ayant conclu une convention :

1) *Sensoa* est une a.s.b.l. axée sur la santé et le bien-être sexuel (<http://www.sensoa.be/index.php>). La convention couvre une période de quatre ans, allant du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2005. Ceci permet à l'a.s.b.l. *Sensoa* de développer une vision qualitative et à long terme de la prévention du SIDA et des MST. À partir de 2002, la prévention du SIDA et des MST a été étendue au thème « santé sexuelle », accordant ainsi une attention particulière à la sexualité, aux relations et au planning familial. Ce thème a été géré jusqu'en 2002 par le Point de contact *CGSO* (organisation faîtière pour l'Association Centre de planning familial et d'éducation sexuelle et pour le Centre de formation Jos Van Ussel), qui dispensait des informations et des conseils, des formations, des formations complémentaires et de l'aide. Pour permettre cet élargissement au thème « santé sexuelle » sur le plan du contenu et de l'organisation, le Point de contact *CGSO* a été intégré à partir du 1^{er} janvier 2003 dans l'a.s.b.l. *Sensoa*. La mission de *Sensoa* comprend quatre finalités, concrétisées ensuite en objectifs et indicateurs. Il s'agit :

- de promouvoir l'expertise (conseils, informations et formations) : on souligne ici la fonction orientée client. La fourniture d'informations et de conseils et la promotion de l'expertise via des réunions et des formations constituent les objectifs en vue d'atteindre la première finalité;
- de rendre opérationnel un concept flamand au sujet de la santé sexuelle : cette finalité vise à faire accepter par le public, les intermédiaires et les médias un

concept flamand relatif à la santé sexuelle. On accordera une grande attention à des campagnes et des actions de sensibilisation ;

- de développer, valider et promouvoir des concepts, des méthodes et des instruments de travail étayés scientifiquement (*evidence-based*) concernant la promotion de la santé sexuelle et de promouvoir leur implémentation : en se basant sur des fondements scientifiques, on développe et on valide des concepts, des méthodes et des instruments de travail pour ensuite les promouvoir et pour soutenir leur implémentation auprès des intermédiaires. On vise ici des groupes cibles spécifiques tels que les enfants, les jeunes et leurs parents, les jeunes adultes, les « holebi » (homosexuels, lesbiennes et bisexuels), les personnes ayant le HIV et les allochtones, et des cadres spécifiques tels que les écoles et les institutions ;
- d'accompagner les personnes atteintes du HIV/SIDA et leur entourage direct. Il s'agit ici d'une tâche d'assistance de l'a.s.b.l. *Sensoa*.

Sensoa s'adresse tout autant au public général qu'à des groupes cibles spécifiques. De nombreuses initiatives sont menées conformément à cette approche holistique. Elles comprennent notamment la ligne téléphonique SIDA et MST, la diffusion de brochures, de dépliants, de posters, de modules d'information, les sites d'information www.condomobiel.be et www.allesoverseks.be, divers événements *outreach*, de la consultance. Chez les jeunes, le site www.allesoverseks.be connaît un grand succès comme source d'information sur la santé sexuelle, en particulier sur les relations sexuelles sûres. Une Table ronde a été lancée en 2007 pour les homosexuels. Celle-ci s'articulait autour du thème suivant : quelles initiatives complémentaires peut-on prendre afin d'enrayer la croissance du nombre de cas de contamination par le virus HIV et par d'autres MST chez les homosexuels ? À la demande explicite du ministre, des groupes de travail se sont efforcés, entre deux réunions, de formuler des propositions autour de thèmes spécifiques. Plusieurs **constats** ont ainsi été posés: **nécessité de reconfirmer la norme des relations sexuelles sûres, d'effectuer davantage de recherches, etc.** Ces conclusions ont donné lieu à des actions concrètes en 2008 et 2009. Les problèmes précités en matière de sexe sont placés dans un contexte plus large et positif de santé sexuelle et de bien-être relationnel, tout ceci a été développé dans le texte « *Goede Minnaars* » (Bons Amants). En 2003 et 2004, ce concept s'est enrichi d'une variante spécifique pour les « holebi ». Du matériel est développé pour les différents intéressés, de sorte qu'un même concept puisse être implémenté de façons différentes selon le secteur, la culture de l'organisme, etc. *Sensoa* continue à utiliser ce texte comme cadre pour l'intégration de toute nouvelle méthodologie.

- 2) L'a.s.b.l. *Pasop* (pour la Flandre orientale et la Flandre occidentale) et GH@pro (pour Anvers) : elles se profilent comme des organisations de terrain dans le domaine de la prévention et de l'aide avec, comme groupe cible spécifique, les travailleurs du sexe. Ces organisations reçoivent des subventions pour promouvoir la santé sexuelle des travailleurs du sexe et aussi pour promouvoir la santé sexuelle de leurs clients et des autres partenaires sexuels des clients. *Pasop* et Gh@pro organisent des moments de consultation auxquels les travailleurs du sexe peuvent se présenter pour obtenir des informations ou pour une visite médicale. On administre un vaccin contre l'hépatite B à chaque travailleur du sexe et ce dernier fait l'objet d'un suivi. En outre, ces deux organisations prennent, de leur propre initiative, contact avec les personnes qui se prostituent en vitrine ou sur le trottoir ou dans d'autres circuits du travail du sexe. Elles placent également des dépliants d'information et des affiches à des points stratégiques.
- 3) L'Institut Prince Léopold de Médecine tropicale (*Het Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde - ITG*). Cet Institut remplit une mission particulière pour ce qui est de promouvoir un comportement sexuel sûr et de prévenir les MST en accordant une attention particulière aux groupes suivants : les Africains subsahariens, les voyageurs et les expatriés. Il est possible de toucher ces minorités

grâce à la «*community leaders approach*». Pour avoir accès à la communauté africaine en tant que travailleur en prévention ou intervenant, il est nécessaire d'avoir une concertation régulière avec les figures dirigeantes de cette communauté. Les chefs de communauté transmettent à leur tour les informations pertinentes et les formations. Cette méthode est connue sous le nom de «*peer-education*». Les migrants d'Afrique subsaharienne ne sont pas considérés ici comme des récepteurs passifs mais bien comme des participants actifs à la prévention contre le SIDA et les MST. Grâce à cette collaboration étroite avec le groupe cible, l'Institut mène le combat contre les MST et le SIDA dans la communauté africaine de Flandre. De plus, l'Institut encourage ses chefs de communauté à subir des tests pour le SIDA. Pendant la période 2008-2010, l'Institut effectuera des recherches complémentaires destinées à améliorer la prévention contre le HIV chez les homosexuels.

- 4) *Domus Medica* (Association des médecins généralistes flamands) reçoit chaque année différentes missions. L'une d'elles consiste à développer, valider et implémenter des recommandations et des modèles de travail pour les médecins généralistes en ce qui concerne la santé sexuelle.

Au cours de ces dernières années, ces organisations ont été évaluées positivement et de nouvelles conventions ont été conclues jusqu'en 2010.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Etat de la santé – indicateurs généraux.

Etat de santé de la population – indicateurs généraux

Espérances de vie et principales causes de mortalité

a) Pour la Région flamande, des données sont disponibles sur le site de la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftcijfers.aspx>.
www.zorg-en-gezondheid.be

Les taux de mortalité sont publiés annuellement.

Un aperçu des principales causes de mortalité pour l'année 2007 se trouve via "oorzaaksspecifieke sterfte". Les chiffres concernant les années précédentes se trouvent sur http://www.zorg-en-gezondheid.be/vorige_cijfers.aspx (analyses) or <http://www.zorg-en-gezondheid.be/statistiek-doodsoorzaken.aspx> (ruwe cijfers).

b) Pour la Région de Bruxelles-capitale, « l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-capitale » publie des statistiques sur son site.

<http://www.observatbru.be>

Les données pour les années 2005 à 2007 ne sont pas encore disponibles.

c) Pour la Région wallonne :

En 2004, au total, 36.077 personnes résidant en Wallonie sont décédées, soit un taux brut de mortalité de 10,6 pour mille.

Les principales causes de mortalité sont en 2004 en Région wallonne :

1. Les maladies cardio-vasculaires représentent la principale cause de mortalité avec plus d'un tiers des décès (32,2%).

2. Les tumeurs arrivent en seconde place avec 25,1% des décès.

3. Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la troisième cause de mortalité (10%).

4 et 5. Viennent ensuite les causes externes (7,4 %) et les maladies de l'appareil digestif (4,7%).

Ratio proportionnel de mortalité (PMR) Wallonie, 2004 :

Causes	Nombre absolu	%
Maladies cardio-vasculaires (100-199)	11618	32,2
Tumeurs (COO-D48) (toutes : malignes, in situ, bénignes, de nature incertaines)	9038	25,1
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	3619	10,0
Causes externes (VOO-Y98) (accidents, suicides, homicides, traumatismes d'intention indéterminée et complications de soins médicaux et chirurgicaux)	2657	7,4
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	1704	4,7
Autres	7422	20,6

En Région wallonne, la majorité des décès surviennent après l'âge de 65 ans (72,6% chez les hommes et 86,6% chez les femmes). L'étude des PMR tous âges confondus donne une bonne image des principales causes de décès chez les personnes âgées mais masque ce qui se passe au sein des tranches d'âge plus jeunes. Le calcul des PMR par catégories d'âge (1-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus) permet pas contre de mettre en évidence les principales causes de décès aux différents âges de la vie.

Chez les moins de 24 ans, les accidents de transport représentent plus d'un quart des décès (25,1%).

Les suicides constituent la deuxième cause de décès (10,8%) suivis par les tumeurs (7%) principalement des tissus lymphoïdes (deux sexes confondus). La hiérarchie des causes ne change pas selon le sexe mais les taux chez les hommes sont toujours plus élevés.

Parmi les jeunes adultes de 25 à 44 ans, les accidents constituent la première cause de décès chez l'homme, suivis des suicides, alors que les tumeurs prédominent chez la femme avec plus d'un décès sur trois. Les principales localisations tumorales chez la femme sont les seins, les poumons et les tissus lymphoïdes. Les accidents constituent la deuxième cause de décès chez la femme.

Entre 45 et 64 ans, les tumeurs (39,7%) constituent la principale cause de décès et les maladies cardiovasculaires (20,5%) la deuxième (deux sexes confondus).

Chez les femmes, près d'un décès sur deux est dû à une tumeur et, plus précisément, au cancer du sein suivi par le cancer du poumon qui représentent les deux premières causes de décès à cet âge. Chez les hommes, le cancer le plus fréquent est celui du poumon suivi du cancer colorectal.

A partir de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires prédominent avec 36% des décès et les tumeurs viennent en deuxième position avec 22,9% (deux sexes confondus). On note l'émergence des pathologies spécifiques des populations âgées en particulier la maladie

d'Alzheimer ainsi que les démences. Chez les hommes, la proportion de décès par maladies cardio- vasculaires est proche de la proportion de décès par tumeurs tandis que chez les femmes elle représente à peu près le double. Les localisations prédominantes des tumeurs sont, chez les hommes, le poumon suivi par la prostate, le colorectal et les tissus lymphoïdes, et chez les femmes, le sein reste la première localisation des tumeurs, suivi par le colorectal et le poumon.

Le document « Flash 2, juin 2008, Santé en Communauté française – Mortalité générale et causes de décès en Communauté française en 2004» émanant de la Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française– cellule Naissance et Décès en collaboration avec l'Institut scientifique de Santé Publique (Section Epidémiologie) d'où résultent ces informations est annexé.

Les données pour les autres années demandées ne sont pas encore disponibles.

Mortalité maternelle.

En communauté française.

Le taux de mortalité maternelle en Communauté française s'établit comme suit : 0,0003% - soit 3 décès/1.000.000 accouchements. (à titre indicatif le nombre d'accouchements en Communauté française est de +/- 35.500).

Veillez également trouver en annexe les informations suivantes qui sont reprises dans les publications Flash 1 et 2 Santé en Communauté française d'avril et juin 2008 de la Direction Générale de la santé de la Communauté française:

- Naissances et mortalité foeto-infantile en Communauté française en 2004
- Mortalité générale et causes de décès en Communauté française en 2004.

En région wallonne

La Région wallonne dispose de responsabilités importantes en matière de santé et d'égalité des chances. Par son choix des priorités et d'actions, elle contribue à améliorer et à préserver la santé des Wallons et à diminuer les inégalités sociales de la santé. La mise en place de politiques de santé nécessite cependant le développement et la mise en place d'outils et de systèmes d'information adéquats pour concevoir les mesures à prendre , en suivre la mise en œuvre et en évaluer l'impact. Afin de mieux cerner la dimension de santé publique sur le territoire de la Région wallonne, celle-ci a confié à l'observatoire de santé du Hainaut la mission d'élaborer un tableau de bord de la santé des Wallons. Celui-ci devrait être disponible début 2009.

De plus, dans un environnement fortement décentralisé, il convient d'assurer la mise à jour de ce tableau de bord et de rassembler d'autres données existantes, de les traiter, d'en extraire des indicateurs, de les analyser. Pour rencontrer ces exigences, la mise en place d'un observatoire de la santé a été envisagée depuis plusieurs années et débutera en 2009.

L'objectif stratégique général est d'améliorer l'état de santé des Wallons. Pour ce faire, des informations sont nécessaires. Ces informations, et les outils qui permettent de les traiter et d'en tirer parti, seront mis à disposition par l'observatoire qui se fixe plus précisément quatre objectifs : améliorer la connaissance des problèmes de santé, fournir des outils scientifiques de conception, de suivi et d'évaluation des politiques de santé publique, mettre en évidence les inégalités sociales de la santé pour contribuer à les diminuer et rationaliser les rassemblements d'informations aux niveaux infrarégionaux (par les observatoires provinciaux, par exemple) en permettant aux acteurs locaux de la santé de tirer parti, à leurs fins propres, d'informations et d'outils centralisés au niveau régional.

En 2004, la Communauté française a enregistré 37.223 naissances chez des mères résidant en Région wallonne.

On note également 186 enfants mort-nés et 124 décès avant l'âge d'un an.

Le document « Flash 1, avril 2008, Santé en Communauté française – Naissances et mortalité foeto-infantile en Communauté française en 2004 » émanant de la Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française – cellule Naissance et Décès en collaboration avec l'Institut scientifique de Santé Publique (Section Epidémiologie) d'où résultent ces informations est annexé.

Ces données concernent la situation en Région wallonne pour l'année 2004.

Les données pour les autres années demandées ne sont pas encore disponibles.

Mortalité foeto-infantile par cause de décès en 2004 :

Les différentes causes de décès ont été regroupées en 6 grandes catégories. La principale cause de décès in utero (33%) est liée aux complications durant la grossesse (pathologies du placenta et du cordon, pathologies maternelles, infections périnatales, hémorragies intracrâniennes non traumatiques et autres affections hémorragiques).

Les malformations congénitales (anomalies structurelles, fonctionnelles ou métaboliques d'origine génétique ou autre) restent la principale cause de mortalité infantile. Elles représentent 27% du total des enfants nés vivants. En 2004, 19 enfants sont décédés de mort subite du nourrisson soit un taux de mortalité de 0,5 pour mille naissances vivantes.

Ratio proportionnel de mortalité (% du total) Wallonie 2004		
Cause de décès	2004	
	Mort-nés N (%)	Mortalité infantile N (%)
Anomalies congénitales	37 (20)	33 (27)
Complications liées à la grossesse	62 (33)	29 (23)
Anoxie, syndrome de détresse respiratoire	3 (2)	15 (12)
Mort subite du nourrisson	0	19 (15)
Autre	16 (9)	28 (23)
Conditions mal définies	68 (37)	0

Dans la Région de Bruxelles-capitale

La mortalité maternelle précoce (de la conception à 42 jours après l'accouchement), directe (la grossesse a directement causé le décès) et indirecte (le décès est dû à une cause qui précède la grossesse mais n'aurait sans doute pas eu lieu sans celle-ci) a été examinée. Au cours de la période 1998-2002, 7 femmes sont décédées de telles complications. Le ratio de mortalité maternelle est de 9,7 pour 100 000 naissances vivantes.

Mortalité infantile

Un tableau publié par l'observatoire de la santé et du social de Bruxelles-capitale a trait à la mortalité foeto-infantile à Bruxelles de 1998 à 2006. Ce tableau est joint en annexe au rapport.

Dans un document intitulé " Tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles - Capitale,2004", des informations pertinentes y sont reprises.

En communauté flamande.

Tableau: Aperçu de la mortalité maternelle dans la Communauté flamande

Année	âge	Mode d'accouchement	Cause de mortalité
1997	24	Ventouse	Embolie pulmonaire
	38	Césarienne (1 ^{ère})	Embolie liquide amniotique
	41	Forceps	Rupture de l'utérus
	34	Spontané	Carcinome hépatique
	35	Ventouse	Trouble de la coagulation
1998	37	Césarienne (2 ^{ème})	Trouble de la coagulation
	28	Césarienne (2 ^{ème})	Embolie pulmonaire
1999	34	Césarienne (2 ^{ème})	Pré éclampsie
	30	Césarienne (1 ^{ère})	Atrophie aiguë du foie
	36	Césarienne (2 ^{ème})	Pré éclampsie
2000	32	Ventouse	Cardiomyopathie (trouble du rythme)
	37	Césarienne (1 ^{ère})	Anémie falciforme
	41	Spontané	DIC post rupture utérus
	35	Spontané	Embolie pulmonaire
2001	40	Césarienne (1 ^{ère})	Mélanome - métastase
	34	Césarienne (1 ^{ère})	Embolie liquide amniotique
	21	Césarienne (2 ^{ème})	Encéphalite herpétique
	40	Spontané	Embolie pulmonaire

	32	Césarienne (1 ^{ère})	Cardiomyopathie
	25	Césarienne (1 ^{ère})	Rupture TT
2002	27	Césarienne (2 ^{ème})	Cardiomyopathie
	35	Césarienne (1 ^{ère})	Cardiopathie congénitale
	29	Césarienne (1 ^{ère})	Eclampsie
	36	Césarienne (2 ^{ème})	Trouble de la coagulation
	29	Spontané	Décès à domicile
	36	Césarienne (1 ^{ère})	Embolie cérébrale
	23	Césarienne (2 ^{ème})	Septicémie
2003	17	Césarienne (1 ^{ème})	Hémorragie cérébrale
	36	Spontané	Thrombose cérébrale
	35	Ventouse	Stock toxique
	30	Spontané	Pré éclampsie
2004	33	Ventouse	Méningite
	36	Spontané	Hémorragie cérébrale
2005	30	spontané	Septicémie ARDS
	26	spontané	Cardiomyopathie
	37	Césarienne (1 ^{ème})	Rupture de la rate
	34	spontané	Embolie pulmonaire
2006	32	Césarienne (1 ^{ème})	Descente d'organes
	33	Ventouse	Embolie pulmonaire
	45	Ventouse	Hémorragie

- Le nombre de lits d'hôpitaux dans les établissements de soins de santé Belges figure dans le tableau en dessous.

TYPES OF HOSPITALS IN BELGIUM

	ACUTE		SPECIALIZED		LONG TERM		OTHER (psychiatric)	
	Hospitals	Beds	Hospitals	Beds	Hospitals	Beds	Hospitals	Bed
PUBLIC	53	21336	5	233	5	831	11	3935
PRIVATE NOT FOR PROFIT	93	33717	17	1634	3	350	58	11811
PRIVATE FOR PROFIT	Doesn't Exist	Doesn't exist	Doesn't Exist	Doesn't exist	Doesn't exist	Doesn't exit	Doesn't exit	Doesn't exit

- *Number of acute beds per 1000 inhabitants: 5,16*

(Total number = 55.053; Total inhabitants in 2008 = 10.666.866)

- *Number of specialized and long term care bed per 1000 inhabitants: 0,28*

(Total number = 3048; Total inhabitants in 2008 = 10.666.866)

- *Number of beds in psychiatric hospitals per 1000 inhabitants: 1,48*

(Total number = 15746; Total inhabitants in 2008 = 10.666.866)

- La gestion des listes d'attente et les délais d'attente.

Des informations sur la gestion des listes d'attente et des délais d'attente en matière de soins de santé en Belgique sont consultables sur **Euro Health Consumer Index 2008**

- <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>

Le document annexé contient la situation en Belgique. Les données concernant les listes d'attente se trouvent dans la colonne 3 " Waiting time for treatment Belgium".

Des informations sur la gestion des listes d'attente et des délais d'attente en matière de soins de santé en Belgique sont consultables sur **Euro Health Consumer Index 2008**

- <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>

Le document annexé contient la situation en Belgique. Les données concernant les listes d'attente se trouvent dans la colonne 3 " Waiting time for treatment Belgium".

Des informations chiffrées sur les professionnels et les équipements de travail sont disponibles sur eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat>.

click "DATA" - Populations & social conditions - click "Health" - click "Public Health" - click "Health care: resources & patients (non-expenditure data)" - click + "**health care staff**" - click + "**hospital beds**" - click "**hospital patients**".

Les données recensées concernent 1996 à 2006.

Les tableaux consultables qui intéressent pour répondre aux questions du CEDS sont les suivants:

- "lits d'hôpital"
- "lits d'hôpital en soins curatifs"
- "lits d'hôpital en soins psychiatriques"
- "médecins exerçant leur profession"
- "médecins habilités à exercer"
- "Personnel de santé (à l'exclusion des infirmiers, sages-femmes et aides-soignants) "
- "Infirmiers, sages-femmes et aides-soignants"
- "Personnel de santé "
- Médecins par spécialité médicale

ARTICLE 11§2

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties 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 prévention 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 au niveau fédéral depuis le dernier rapport.

Dans le domaine de la nutrition, la Belgique s'est dotée depuis 2006 d'une politique nutritionnelle nationale, à savoir le Plan National Nutrition Santé dont les objectifs principaux sont d'améliorer les habitudes alimentaires et d'augmenter le niveau d'activité physique de la population en vue de diminuer l'incidence du surpoids et de l'obésité et de maladies évitables comme le diabète de type 2, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et certains types de cancers. Cette stratégie est appelée à se déployer à tous les niveaux de pouvoir : tant au niveau des Communautés qu'au niveau local et concerne toutes les matières politiques pertinentes comme l'agriculture, l'enseignement, l'urbanisme, les finances,... De plus, elle s'adresse à tous les acteurs impliqués comme les professionnels de la santé, les opérateurs économiques (industrie alimentaire, distribution, caterers, annonceurs, médias), les enseignants, les organisations de consommateurs, les citoyens...

Différentes actions ont été mises en œuvre depuis son lancement montrant l'intérêt de mener une politique cohérente et continue sur l'échelon national belge.

Pour lutter contre les assuétudes, un fonds fédéral finance un certain nombre d'actions visant notamment à informer des dangers liés à la consommation et l'accoutumance aux produits pouvant engendrer une assuétude. Sur les 5M€ de budget du fonds, 2M€ sont exclusivement réservés à des actions de lutte contre le tabagisme. Des projets de formation de professionnels de santé et d'aide au sevrage sont par exemple financés.

Une proposition de loi interdisant entièrement l'usage de fumer dans les lieux publics, y compris dans les bars et cafés, est actuellement en cours de discussion au sein du parlement fédéral. Le SPF Santé Publique encourage cette mesure dans un souci de protection de la santé des travailleurs du secteur et de la population et de facilité de contrôles et de communication de la mesure.

La Déclaration Conjointe sur la politique future en matière d'alcool a été adoptée en juin 2008 par les Ministres ayant en Belgique la santé publique dans leurs attributions. Ces Ministres d'œuvrer à la mise en place d'une politique intégrée et coordonnée, avec un suivi scientifique des éléments prioritaires tels que les programmes de prévention et traitement. Les objectifs généraux, tels que mentionnés par la Déclaration susmentionnée, sont principalement au nombre de trois : prévenir et réduire les dommages liés à l'alcool, qu'ils soient physiques ou psychologiques, combattre la consommation inadaptée, excessive ou risquée d'alcool – et non pas seulement la dépendance et enfin avoir une politique orientée vers des groupes cibles à risques et des situations de risques.

En matière de sécurité alimentaires les mesures suivantes ont été prises : Normes liées au travailleur des entreprises alimentaires.

A. Normes d'hygiène personnelle applicables aux travailleurs des entreprises alimentaires - Règlement (CE) n° 852/2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, annexe II, chapitre VIII :

1. Toute personne travaillant dans une zone de manutention de denrées alimentaires doit respecter un niveau élevé de propreté personnelle et porter des tenues adaptées et propres assurant, si cela est nécessaire, sa protection.

2. Aucune personne atteinte d'une maladie susceptible d'être transmise par les aliments ou porteuse d'une telle maladie, ou souffrant, par exemple, de plaies infectées, d'infections ou lésions cutanées ou de diarrhée ne doit être autorisée à manipuler les denrées alimentaires et à pénétrer dans une zone de manutention de denrées alimentaires, à quelque titre que ce soit, lorsqu'il existe un risque de contamination directe ou indirecte des aliments. Toute personne atteinte d'une telle affection qui est employée dans une entreprise du secteur alimentaire et est susceptible d'entrer en contact avec les denrées alimentaires informe immédiatement l'exploitant du secteur alimentaire de sa maladie ou de ses symptômes, et, si possible, de leurs causes.

- Arrêté royal du 22 décembre 2005 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, annexe I, chapitre V :

1. Les personnes impliquées dans la production, le traitement, la transformation et la manipulation de denrées alimentaires doivent prouver au moyen d'un certificat médical que rien n'empêche leur emploi dans ce secteur.

B. Mesures pénales que peut prendre l'AFSCA en cas d'infractions aux dispositions précitées

Les infractions aux dispositions précitées sont recherchées et constatées conformément à l'arrêté royal du 22 février 2001 organisant les contrôles effectués par l'AFSCA.

Les peines sont fixées dans la loi du 24 janvier 1977, en particulier à l'article 15 en ce qui concerne les violations aux normes applicables aux personnes en matière de certificat médical.

Evolution en Communauté flamande depuis le dernier rapport.

En Belgique, la promotion de la santé et la prévention des maladies relèvent de la compétence des communautés.

L'accord de gouvernement du Gouvernement flamand de 2004-2009, « donner confiance et prendre ses responsabilités » met l'accent sur la politique continue en la matière.

- *Nous récoltons systématiquement des données sur les risques pour la santé (tabagisme, consommation de drogues, excédent de poids, manque d'exercice, dépressions, ostéoporose, maladies sexuellement transmissibles, pollution, etc.). Nous les transposons en objectifs de santé concrets et en tirons des conclusions pour la politique de prévention et de santé.*
- *Nous intensifions les efforts dans le domaine des soins de santé préventifs coordonnés. Nous évitons la dispersion des moyens. Nous concentrons surtout la politique de santé préventive sur les problèmes d'excédent de poids dû à un comportement alimentaire malsain et à un manque d'exercice, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles par une bonne information en matière de sexualité, sur la prévention des dépressions et des (tentatives de) suicides.*

Question A: Quels sont les services de consultation et de dépistage:

a. En milieu scolaire ;

Les centres d'encadrement des élèves (centra voor leerlingenbegeleiding - CLB) s'adressent à tous les enfants en âge scolaire. En Belgique, l'obligation scolaire existe depuis l'âge de 5 ans jusqu'à l'âge de 18 ans. Au total, 1 081 081 écoliers et

élèves sont inscrits dans les écoles flamandes. Dans la population flamande, une personne sur six est en âge scolaire.

<http://www.ond.vlaanderen.be/clb/prof/overzicht.htm>

On compte 75 *CLB* avec un total de 262 lieux d'implantation.

Les élèves de toutes les écoles sont accompagnés par un *CLB*. Celui-ci établit avec l'école un plan stratégique commun ou contrat de politique commune, qui règle leur collaboration.

L'accompagnement de la jeunesse scolaire par le *CLB* est orienté vers la demande. Le *CLB* doit en tout cas exécuter un certain nombre de formes d'accompagnement (l'offre assurée).

Les élèves, les parents et les écoles sont obligés de collaborer aux consultations générales et obligatoires et aux mesures prophylactiques.

Les consultations générales sont effectuées chez tous les élèves des années d'études suivantes:

1° la deuxième année de l'enseignement maternel ou, pour l'enseignement spécial, l'année civile au cours de laquelle le jeune enfant atteint l'âge de cinq ans ;

2° la cinquième année de l'enseignement primaire ou, pour l'enseignement spécial, l'année civile au cours de laquelle l'élève atteint l'âge de onze ans ;

3° la première année de l'enseignement secondaire ou, pour l'enseignement spécial, l'année civile au cours de laquelle l'élève atteint l'âge de treize ans ;

4° la troisième année de l'enseignement secondaire ou, pour l'enseignement spécial, l'année civile au cours de laquelle l'élève atteint l'âge de quinze ans.

Ces consultations comprennent des examens médicaux spécifiques à l'âge, qui sont effectués obligatoirement par tous les *CLB*.

Pour tous les élèves :

- a) une anamnèse est effectuée ;
- b) la croissance et le poids sont mesurés ;
- c) pour les petits enfants, le développement global est examiné, avec une attention particulière pour la parole et la motricité ; à partir de la cinquième année d'apprentissage, le développement pubertaire est défini ;
- d) on examine la fonction visuelle et, pour les petits enfants, la position de l'œil ;
- e) on examine l'ouïe en deuxième maternelle, en cinquième primaire et en troisième secondaire ;
- f) la denture est examinée ;
- g) les parties génitales sont examinées ;
- h) en cinquième année primaire, en première et troisième secondaire, la posture et le système moteur sont examinés.

À partir de la cinquième année primaire, des questions sont posées au sujet des habitudes alimentaires et de vie.

Des consultations dirigées sont effectuées chez tous les élèves de :

1° la première année de l'enseignement maternel, à condition que le petit enfant à examiner ait atteint l'âge de trois ans avant le 1^{er} janvier de l'année scolaire en question ;

2° la première année de l'enseignement primaire ;

3° la troisième année de l'enseignement primaire.

Comme pour les consultations générales, le législateur détermine quels examens doivent, au minimum, être effectués.

Pour les jeunes des trois années scolaires précitées, l'attention se porte particulièrement sur la croissance, le poids et la fonction visuelle. En ce qui concerne la première année maternelle et la première année primaire, la position de l'œil est également suivie.

En troisième année primaire, le sens des couleurs et la denture sont également examinés.

Des normes d'examen, que tous les *CLB* doivent obligatoirement appliquer, déterminent comment examiner et enregistrer : la position de l'œil – le strabisme, la fonction visuelle, la taille et la croissance, le poids, l'ouïe, le sens des couleurs, la denture, les postures et le système moteur (seule la scoliose est enregistrée comme anomalie), la puberté, les parties génitales des garçons (seule la varicocèle est enregistrée comme anomalie). Les données enregistrées sont communiquées au Ministre flamand compétent en matière de politique de santé.

Conformément au schéma de vaccination établi par le Ministre flamand compétent en matière de politique de santé, le contrôle du dossier de vaccination de tous les élèves encadrés fait partie de l'offre assurée que tous les *CLB* doivent proposer aux élèves. Les années d'études au cours desquelles un vaccin doit être administré sont fixées par le même ministre.

Ces dossiers de vaccination sont obligatoirement enregistrés et communiqués à ce ministre.

Des données identitaires et géo-sociales concernant tous les élèves sont également enregistrées. Elles peuvent être mises en rapport avec les données médicales lors du traitement de celles-ci.

b. Pour les autres groupes :

Remarque préalable :

La politique de santé flamande est basée sur une politique intégrée où l'on utilise autant que possible les services existants. Pour cette raison, seul un nombre limité de « services de consultation » spécifiques, tels que visés ici (*Kind en Gezin*, *CLB*, services médicaux d'entreprise), est prévu.

Des initiatives thématiques ou liées aux circonstances sont organisées uniquement là où cela s'avère vraiment nécessaire. C'est ce qu'on appelle les organisations de terrain : il s'agit, par exemple, de l'accompagnement des prostituées ou de l'invitation par les centres de mammographie à un dépistage du cancer du sein.

La politique intégrée est rendue possible par la mise sur pied de centres d'expertise pour toute la Flandre, qui soutiennent de manière thématique, ou selon les circonstances, les dispositifs réguliers (les fameuses organisations partenaires : *Domus Medica*, le *VAD*, *Sensoa*, le *VIG*, etc.).

En outre, la politique flamande prévoit d'encourager les réseaux loco-régionaux de prévention (*logo*) et de soins de santé primaires (*SEL* - Initiatives de coopération relatives aux soins de santé primaires).

Logo: partenariats agréés par le Gouvernement flamand pour la concertation et l'organisation sanitaires à l'échelle loco-régionale dans une aire géographique d'un seul tenant. Depuis 2003, les *logo* sont ancrés par décret, ce qui leur donne une base plus solide que l'arrêté du Gouvernement flamand dont question dans le rapport précédent. Les *logo* sont des a.s.b.l., agréées et subventionnées par la Communauté flamande, qui ont pour mission de tendre vers la réalisation des objectifs de santé flamands, via les acteurs locaux (écoles, entreprises, médecins généralistes, *CLB*, etc.). On compte pour toute la Flandre 26 *logo*, subventionnés en 2005 pour un montant total de 3.572.687 EUR.

Kind en Gezin: voir plus haut

Services médicaux d'entreprise : tout employeur est tenu d'adopter des mesures destinées à promouvoir, protéger et préserver le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Il doit donc mettre en place lui-même un service interne de prévention et de protection au travail ou faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail (cf. la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail). Si les services internes ne disposent pas nécessairement d'un département « surveillance médicale », ils disposent en revanche

toujours d'un département « gestion des risques ». Dans le premier cas, l'employeur recourt, pour les travailleurs, à l'offre en matière de surveillance médicale d'un service externe. Les Services externes pour la Prévention et la Protection au Travail sont des a.s.b.l. composées de deux sections: une section « surveillance médicale » et une section « gestion des risques ». La Communauté flamande est compétente pour l'agrément des départements et des sections « surveillance médicale » (voir ci-après).

Les départements et sections « surveillance médicale » sont dirigés par un médecin du travail et emploient le personnel médical, soignant et administratif nécessaire à la surveillance médicale. Cette dernière doit offrir à chaque travailleur un certain nombre d'examen préventifs, à divers moments, tant avant qu'après la mise au travail, pendant la durée de l'occupation et sur une base périodique. La nécessité et la fréquence de ces examens dépendent, entre autres, du risque lié au travail.

Il existe en Flandre 14 services externes ayant reçu un agrément flamand quant à la section « surveillance médicale ». Presque tous les services externes proposent une offre couvrant plus d'une communauté. En 2007, ces services externes s'adressaient, pour la Belgique, à 206.421 entreprises occupant 3 029 372 travailleurs (déclarés à l'ONSS). 69% d'entre eux en moyenne sont soumis à la surveillance médicale.

On compte 64 services internes comprenant un département « surveillance médicale » agréé par la Flandre. Ces départements agréés se situent tant au sein de PME que dans des multinationales.

Dépistage néonatal : Concrètement, le dépistage néonatal d'affections métaboliques congénitales peut être décrit comme le dépistage systématique, chez tous les nouveau-nés, d'un certain nombre de maladies métaboliques bien déterminées, à savoir : la phénylalaninémie, l'hypothyroïdie, l'hyperplasie corticosurrénale, le déficit en biotinidase, le déficit en medium-chain acyl-CoA dehydrogenase, le déficit en multiple acyl-CoA dehydrogenase, l'acidémie isovalérique, l'acidémie propionique, l'acidémie méthylmalonique, la maladie du sirop d'érable et l'acidémie glutarique.

Le test de dépistage est effectué par trois centres de dépistage des affections métaboliques congénitales agréés et subventionnés par la Communauté flamande.

Dépistage du cancer du sein : le programme flamand de dépistage du cancer du sein a officiellement débuté le 15 juin 2001. Il exécute le protocole d'accord de coopération du 25 novembre 2000 conclu entre les Autorités fédérales et les Communautés en matière de mammographies de dépistage du cancer du sein et permet la réalisation de l'objectif de santé flamand en matière de cancer du sein. <http://www.borstkankeropsporing.be>

Grâce au programme de dépistage du cancer du sein, l'autorité flamande veut offrir, tous les deux ans, une mammographie de dépistage à toutes les femmes de 50 à 69 ans compris qui résident en Région flamande ainsi qu'aux femmes néerlandophones qui résident dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Il est question d'une mammographie de dépistage car celle-ci constitue, qualitativement, un meilleur instrument de dépistage du cancer du sein chez les femmes asymptomatiques du groupe-cible que ce qu'on appelle une mammographie diagnostique, complétée ou non par une échographie. La mammographie de dépistage satisfait aux caractéristiques du dépistage et permet de répartir les femmes participantes en deux groupes : un groupe pour lequel un examen diagnostique complémentaire est indiqué (résultats du dépistage anormaux) et un groupe où tel n'est pas le cas (résultats du dépistage normaux).

La participation à ce programme n'entraîne, hormis les frais de déplacement et la perte de temps, aucun frais pour la femme si elle est en ordre de sécurité sociale. Dans les autres cas, elle doit payer elle-même les honoraires pour la mammographie de dépistage et la deuxième lecture. Elle peut éventuellement réclamer le remboursement des frais auprès d'une compagnie d'assurances si elle est assurée à cet effet.

Afin de garantir la qualité, le programme répond autant que possible aux recommandations européennes. Sont essentiels ici, les exigences de qualité pour les

unités mammographiques, les centres de dépistage du cancer du sein, l'enregistrement précis de toutes les données à des fins d'évaluation et le système de la double lecture.

Une double lecture signifie que chaque mammographie de dépistage, après une première évaluation et un premier protocole (première lecture) par un radiologue (médecin spécialiste en radiodiagnostic) lié à l'unité mammographique où la mammographie de dépistage est effectuée, fait encore l'objet d'une évaluation et d'un protocole (deuxième lecture) par un deuxième radiologue indépendant, lié au centre de dépistage, sans que celui-ci ne connaisse le résultat du radiologue premier lecteur. Si les deux radiologues n'arrivent pas au même résultat (anormal ou normal), une troisième lecture a lieu, où la mammographie de dépistage fait l'objet d'une troisième évaluation et d'un troisième protocole, cette fois en connaissant le résultat des lectures antérieures. Cette troisième lecture est effectuée par un troisième radiologue, lié au centre de dépistage, ou fait l'objet d'une lecture de consensus entre le premier et le deuxième lecteur.

Le fait que l'accès des femmes du groupe-cible au programme puisse se faire via deux voies est propre au programme flamand. En ce qui concerne la première voie, c'est le médecin généraliste ou le gynécologue qui prescrit à la femme une mammographie de dépistage. En ce qui concerne la deuxième voie, toutes les femmes du groupe cible qui n'ont pas encore participé via la première voie, reçoivent une invitation personnelle du centre de dépistage du cancer du sein, avec une proposition de rendez-vous dans une unité mammographique de leur voisinage ou dans une unité mobile. Une enquête a démontré qu'une invitation personnelle avec une proposition de rendez-vous augmentait la participation des femmes du groupe cible. Bien entendu, la femme est libre d'y donner suite ou pas. Elle peut également choisir librement une autre unité mammographique. La lettre d'invitation fait office de prescription pour la mammographie de dépistage.

La femme est informée du programme et désigne au moins un médecin qui recevra les résultats de la mammographie de dépistage et qui assurera le suivi en cas de présence d'anomalies. Les femmes qui ne désignent pas de médecin sont exclues du programme. La femme en question peut préférer ne pas donner son consentement à ce que son médecin généraliste soit informé des résultats (à condition qu'elle désigne un autre médecin qui recevra le résultat) ou pour que le centre prenne contact avec son médecin traitant, en vue d'assurer le suivi en cas de présence d'anomalies. Ce consentement est donné par la signature d'un « *informed consent* ». Ceci se passe dans l'unité mammographique, ou éventuellement au préalable (seulement possible en ce qui concerne la première voie).

Lorsque les résultats de l'examen de dépistage sont connus, ceux-ci sont communiqués à l'intéressée, au médecin qu'elle a désigné et au médecin qui a effectué la mammographie de dépistage (le radiologue premier lecteur). En cas de présence d'anomalies, le médecin est averti un peu avant l'intéressée, ceci pour permettre une communication adéquate.

À moins que la femme ne le refuse (voir plus haut), les résultats du suivi après un dépistage présentant une anomalie sont également enregistrés. Cette étape et l'enregistrement des autres données sont nécessaires pour assurer la qualité du programme.

Pour les femmes, la mammographie de dépistage n'entraîne pas de coûts supplémentaires si les conditions sont remplies pour obtenir le remboursement des frais de maladie via l'assurance maladie belge. Le coût d'organisation du programme est supporté par l'autorité flamande. L'assurance maladie paie aux radiologues concernés les honoraires des mammographies de dépistage (la prise des clichés, la première évaluation et le protocole) et des deuxièmes lectures via le système du tiers-payant et donc, sans intervention de la femme concernée. Les femmes auxquelles ce système d'assurance maladie n'est pas applicable devront payer les honoraires des médecins, mais pas le coût d'organisation ; elles pourront éventuellement par la suite en réclamer le remboursement à l'institution qui rembourse leurs frais de maladie.

Il ressort de la description du programme que de nombreux acteurs sont associés à son organisation. Voici une liste des principaux acteurs concernés:

1. les médecins généralistes et les gynécologues, qui se chargent de prescrire une mammographie de dépistage (première voie) et assurent le suivi des femmes après un résultat de dépistage présentant une anomalie ;
2. les unités mammographiques qui effectuent les mammographies de dépistage, les premières évaluations et protocoles (ou premières lectures) et qui sont agréées par la Communauté flamande pour participer au programme de dépistage du cancer du sein. Un ou plusieurs autres radiologues premiers lecteurs peuvent être attachés à une unité mammographique, qui est dirigée par un radiologue. Une unité mammographique fonctionne dans ou en dehors d'un hôpital. Il peut également s'agir d'une unité mobile ;
3. les centres de dépistage du cancer du sein agréés par la Communauté flamande pour des missions déterminées dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Ils sont responsables de la deuxième (et éventuellement troisième) évaluation et protocole des mammographies de dépistage (deuxième et troisième lecture), du suivi de la qualité des unités mammographiques participantes, de l'invitation bisannuelle des femmes du groupe cible, de l'enregistrement de toutes les données pertinentes relatives au dépistage de cancer du sein, y compris le suivi des données de suivi ;
4. les physio-techniciens auxquels les unités mammographiques font appel pour le contrôle de la qualité physio-technique des appareils et qui en font rapport aux centres de dépistage du cancer du sein ;
5. afin d'optimiser l'échange de données, les centres agréés constituent ensemble un Consortium de centres de dépistage régionaux agréés de la Communauté flamande (a.s.b.l.), dénommé ci-après le consortium ;
6. l'a.s.b.l. Brumammo qui, au nom de la Commission communautaire commune (CCC) et en exécution des compétences de la CCC, envoie tous les deux ans aux femmes de la région bilingue de Bruxelles-Capitale une lettre d'invitation dans les deux langues ;
7. les mutuelles (et d'autres institutions qui remboursent les frais de maladie) et l'INAMI. L'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité paie les honoraires pour les mammographies de dépistage (la prise des clichés et leur première évaluation et protocole) et des deuxième lectures via des numéros de nomenclature. Ceci fonctionne selon le système du tiers-payant, les unités mammographiques et les centres de dépistage du cancer du sein envoyant directement la facture aux mutuelles ;
8. les 26 *logo* (concertation et organisation sanitaires loco-régionales) : il s'agit de réseaux subventionnés par l'autorité flamande qui s'occupent des soins de santé préventifs, dans une aire géographique d'un seul tenant, et qui jouent un rôle de sensibilisation et de facilitation sur le plan local en ce qui concerne le programme de dépistage du cancer du sein ;
9. la Ligue flamande contre le Cancer, qui remplit un rôle de sensibilisation au niveau flamand.

Afin d'obtenir une bonne harmonisation entre tous ces acteurs, un groupe de travail flamand « dépistage du cancer du sein » a été créé, qui procède régulièrement à une concertation structurée.

Les *logo* concluent en outre un accord de coopération avec un centre de dépistage du cancer du sein. Des accords y sont passés quant à l'organisation locale du programme flamand. Ces accords de coopération déterminent également le champ d'activité du centre : celui-ci comprend toutes les communes des *logo* avec lesquels le centre a conclu un accord de coopération.

Toutes les unités mammographiques se situant dans la zone d'action d'un centre de dépistage du cancer du sein concluent à leur tour un accord de coopération avec ce

centre, qui règle, entre autres, le contrôle de qualité et les accords pour la deuxième lecture des mammographies de dépistage.

Il existe actuellement en Flandre 177 unités mammographiques agréées et 5 centres de dépistage du cancer du sein. En ce qui concerne la période 2006-2007, le groupe cible comptait 725.908 femmes, dont 44 % ont pris part au programme.

Cancer du col de l'utérus: en Flandre, il n'y a pas encore de programme systématisé de dépistage du cancer du col de l'utérus pour toute la population. La politique flamande suit les recommandations internationales en incitant les femmes de 25 à 64 ans à faire faire un frottis tous les trois ans chez leur médecin généraliste ou chez leur gynécologue.

Pour les médecins généralistes, il existe une recommandation pratique relative au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les administrations provinciales sont subventionnées par l'autorité flamande pour sensibiliser la population. Une province n'a pas souhaité y collaborer. L'année 2007 a vu la création d'un groupe de travail flamand ayant pour mission d'atteindre un consensus et de faire des recommandations relatives à divers aspects d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Cancer du côlon: en Flandre, il n'existe pas de programme systématisé de dépistage du cancer du côlon pour l'ensemble de la population.

Pour les médecins généralistes, une nouvelle recommandation pratique en la matière est toutefois en cours d'élaboration.

On examine actuellement les possibilités de lancement de projets pilotes. Le but est d'évaluer la faisabilité de différentes méthodologies, parmi lesquelles le test sanguin occulte des selles (FOBT) à partir de l'âge de 50 ans pour l'ensemble de la population et le FOBT ou la colonoscopie chez certains parents au premier degré de personnes ayant un cancer du côlon.

Question B : Quelles sont les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire :

Nous nous référons au rapport précédent concernant les objectifs de santé, qui est maintenu. Depuis le rapport précédent, le décret relatif à la prévention a été adopté, ce qui confère une base décrétole à la politique de santé préventive de la Communauté flamande et à son organisation. Une description en a été donnée ci-avant dans le présent rapport, sous « organisation des soins de santé » (question C).

➤ Informations et éducation sanitaires à l'école :

Depuis le 1^{er} septembre 2002, les écoles flamandes sont obligées d'inclure dans le programme d'apprentissage les socles de compétence et les objectifs de développement en matière d'éducation à la santé dans (toutes les années de) l'enseignement primaire et secondaire.

Les objectifs de développement et les objectifs finaux en matière d'aptitudes sociales, d'éducation à la santé et d'éducation à la citoyenneté incitent les écoles à inculquer aux jeunes des connaissances, des idées, des aptitudes et des attitudes. Les *objectifs de développement et les objectifs finaux en matière d'éducation à la santé* concernent tous les niveaux d'enseignement et doivent permettre aux élèves de devenir des adultes sains, à même de participer à la société d'une manière efficace et constructive. Les élèves n'acquièrent pas seulement des connaissances sur un mode de vie sain, on leur apprend également à faire des choix sains. Un aperçu complet se trouve dans les annexes.

Dans l'enseignement primaire, nous trouvons ces objectifs finaux dans les « activités d'éveil ». Il s'agit d'objectifs finaux avec obligation de résultat.

Pour l'enseignement secondaire, il s'agit d'objectifs finaux transversaux. Cela signifie qu'une obligation d'effort y est liée et qu'il faut les inclure dans toutes les matières.

Outre la détermination des objectifs finaux, l'autorité compétente en matière d'enseignement a chargé l'inspection de contrôler les efforts fournis pour atteindre les objectifs finaux. Des instruments spécifiques ont été développés dans ce but.

Afin d'appuyer les équipes scolaires et les enseignants dans l'implémentation des objectifs finaux, le Service d'Études (*Dienst voor Onderwijsontwikkeling - DVO*) a également rédigé des livrets de travail pour la pratique de l'enseignement. En ce qui concerne l'enseignement primaire, des dossiers pratiques sont disponibles pour l'enseignement ordinaire et l'enseignement spécial. En ce qui concerne l'enseignement secondaire, il existe un livret de travail pour les objectifs finaux transversaux du premier degré de l'enseignement secondaire : « *Doelen voor heel de school* » (Des objectifs pour toute l'école). Le livret de travail des deuxième et troisième degrés s'intitule « *Over de grenzen* » (Par-delà les limites). Ces dossiers ont été mis gratuitement à la disposition de toutes les écoles flamandes. En ce qui concerne l'enseignement professionnel spécial, les dossiers sont imbriqués dans les différentes rubriques portant sur le contenu. Des exemples pratiques sont disponibles sur le site Internet de l'enseignement.

La Cellule culturelle du département de l'Enseignement, CANON, soutient les écoles via DynaMo2 dans le développement de projets concernant la santé, la sécurité et la pratique des sports. L'objectif de ces projets est de faire comprendre aux élèves qu'un mode de vie actif, sûr et sain, améliore leur qualité de vie.

Pour travailler sur le thème de la promotion de la santé, une école peut faire appel à plusieurs partenaires.

Il y a le service d'accompagnement pédagogique et les *CLB*. Ils peuvent prêter assistance pour l'élaboration d'une politique énergique autour de thèmes spécifiques et pour l'analyse des données indispensables à cet effet. Étant donné sa mission décrétaire de formation de réseaux, le *CLB* connaît également des partenaires importants à qui l'on peut s'adresser en dehors de l'école.

Différentes instances élaborent des projets dans et pour les écoles. Parmi elles, comptons notamment les plates-formes locales de concertation en matière de santé (*logo*).

Le *VIG* a développé pour les écoles des méthodologies de travail relatives à la promotion de la santé à l'école. Le *VIG* offre des formations aux enseignants et aux directions. Les écoles peuvent également recourir à du matériel didactique. Un aperçu complet de l'offre se trouve sur le site Internet du *VIG* :

<http://www.vig.be/content/html/gezondeschool.htm>

L'ensemble du milieu scolaire est invité à promouvoir un mode de vie sain. Dans ce contexte, les écoles sont soutenues par les Centres d'encadrement des élèves (*CLB* – voir ci-dessus) et l'Institut flamand de la Promotion de la santé (*VIG* – voir ci-dessus). Les *CLB* peuvent s'adresser au *logo* (voir ci-dessus) de leur région pour obtenir conseils et expertise. Avec l'appui du *logo*, le *CLB* peut implémenter dans les écoles la feuille de route relative à la politique en matière d'alimentation et en matière de tabac à l'école (instruments du *VIG*).

Depuis 2003, le *VIG* organise tous les trois ans une enquête dans toutes les écoles flamandes et ce, en collaboration avec les *logo*. Les premiers résultats donnent une idée de la situation en matière de politique de l'alimentation et du tabac dans les écoles et constituent pour les *logo* un point de départ pour s'atteler, avec ces écoles, à la promotion de la santé. Une nouvelle enquête a été effectuée en 2006. On trouvera davantage d'informations sur cette enquête et ses résultats sur le site du *VIG* :

http://www.vig.be/content/pdf/VIG_indicatoren.pdf;
http://www.vig.be/content/pdf/VIG_persmap_041202.pdf

Un **protocole relatif à la promotion de la santé** chez les enfants et les jeunes dans les écoles est élaboré entre les ministres compétents en matière d'Enseignement et de formation, de Santé, d'Agriculture et de Sport. Ce protocole détermine, entre autres, quels sont les domaines prioritaires sur le plan de la promotion de la santé des enfants et des jeunes en âge scolaire. Il y est tenu compte des Objectifs de santé flamands. Le protocole contient également des accords sur l'organisation.

Le département de l'Enseignement attire l'attention sur la promotion de la santé dans les écoles via la revue **Klasse**, ceci tant dans les écoles, qu'auprès des parents, des enseignants et des élèves. Divers articles sont publiés dans les revues à destination des écoles, des parents et des élèves. *Klasse* accorde une attention approfondie dans ses dossiers généraux à ce que les écoles peuvent faire, par exemple, en matière de harcèlement, drogues, tabac, suicide, violence, hantise de l'échec, etc. (Un dossier général est élaboré en collaboration avec des jeunes, des enseignants, des directeurs, des collaborateurs *CLB* et des experts).

Thèmes spécifiques:

Le ministre de l'Enseignement a conclu une convention avec l'Association pour la **Prévention de l'Alcool et de la Drogue** (*Vereniging voor Alcohol- en Drugpreventie - VAD*) dans le but de soutenir les écoles dans l'élaboration d'une politique en matière de drogue. Si l'école recherche des informations spécifiques sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites, elle peut s'adresser au *VAD*, qui propose une large gamme d'actions d'appui aux écoles et offre également des formations.

Pour ce qui concerne les formations et l'assistance, l'école peut également faire appel aux spécialistes en prévention locaux et régionaux occupés dans les Centres de soins de santé mentale (*Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg*) et aux conseillers en prévention locaux attachés aux communes, villes et provinces. Voir également la circulaire relative à la politique en matière de drogue dans l'enseignement secondaire.

Klasse propose également un forum auquel peuvent s'adresser les jeunes se posant des questions sur le **suicide** (www.maks.be/forum/zelfmoord).

Un **Point d'appui Comportement abusif à l'Ecole** (*Steunpunt Grensoverschrijdend Gedrag op School*) a été créé. Les victimes de harcèlement (et les personnes de leur entourage) peuvent s'y adresser. Souvent, elles sont orientées vers une instance ou une personne adéquate, mais le point d'appui a également la possibilité, si une partie le souhaite, d'intervenir de manière informelle sur le terrain. Le Point d'appui organise également des formations pour augmenter l'expertise des directions, des enseignants, des personnes de confiance et des conseillers en prévention dans les écoles.

<http://www.ond.vlaanderen.be/antisociaalgedrag/>

En collaboration avec le Point d'appui, dirigé par l'a.s.b.l. Limits, le **Plan de politique de prévention et de lutte contre la violence et le harcèlement moral et sexuel** à

l'école (*Beleidsplan ter preventie en bestrijding van geweld, pesten en ongewenst seksueel gedrag op school*) a alors été développé. Le dossier a été diffusé gratuitement dans les écoles et peut également être téléchargé via le site Internet de l'Enseignement (www.ond.vlaanderen.be/beleidsplanosg). Il propose une feuille de route pour différents scénarios problématiques.

Actuellement, le Point d'appui collabore également avec d'autres organisations à la *Vlaams Overleg Platform Pesten* (Plate-forme flamande de concertation sur le harcèlement), afin d'organiser la semaine anti-harcèlement, qui aura lieu au cours de la semaine du 20-24 février prochain. Chaque année, nous récompensons un certain nombre d'écoles par la remise du prix « *pesten-dat-kan-niet* » (« le harcèlement est inadmissible »). Beaucoup d'écoles en Flandre ont mis sur pied de nombreux projets pour continuer à attirer l'attention sur la problématique du comportement antisocial.

Afin que le thème du harcèlement dans les écoles puisse continuer à faire l'objet d'une discussion entre jeunes et entre les jeunes et leurs enseignants, un DVD du court-métrage « Jour de gloire » a été mis à la disposition des écoles à l'automne 2004.

Enfin, nous allons dépister, inventorier, communiquer clairement et promouvoir les exemples de bonnes pratiques chez nous et au niveau international. C'est dans cet objectif que la Communauté flamande est déjà partenaire dans le projet international de l'OCDE « *International Network on School Bullying and Violence* ». Ce réseau veut faire connaître et encourager les initiatives qui s'attaquent au harcèlement et à la violence à l'école. Le premier résultat de cette collaboration est le site Internet oecd-sbv.net, qui fait office de plate-forme où les pays participants peuvent échanger informations sur leur politique, recherche scientifique et exemples de bonnes pratiques.

Sur le site Internet du département Enseignement, les écoles peuvent consulter la banque de données « *Beter omgaan met verdriet en angst bij kinderen* » (« Mieux faire face au chagrin et à l'angoisse des enfants »). Cette banque de données propose aux enseignants, parents, collaborateurs *CLB*, coordinateurs de soins et à tous les membres de l'équipe à l'école, du matériel, des méthodologies et des informations de base pour que leurs élèves développent une certaine « résilience ».

L'a.s.b.l. *Sensoa* n'a pas développé d'action spécifique à l'intention des écoles, même si les jeunes constituent le groupe cible principal.

Afin de les atteindre dans le cadre de l'école, *Sensoa* a prévu un certain nombre de formations. *Sensoa* propose une grande quantité de matériel pédagogique intéressant pour lancer des activités de formation autour des thèmes de la sexualité, de la formation relationnelle et sexuelle ou des abus sexuels.

Sensoa a développé et sélectionné plusieurs excellentes publications et d'autres travaux pouvant constituer un outil permettant d'aborder de manière ludique avec les jeunes tous les aspects du sexe et des relations.

Le centre documentaire de *Sensoa* renferme également une collection unique de matériel pédagogique destiné à la formation relationnelle et sexuelle, matériel pouvant faire l'objet d'un prêt. Cette collection est également consultable dans le fichier documentaire en ligne ([onlinedocumentatiebestand](#)).

Campagnes d'information menées à cet effet :

1. Campagnes publiques

Thème: Alcool et drogues illicites

- « **De DrugLijn** » est le service d'information auquel le grand public peut s'adresser pour demander des informations, de l'aide ou du matériel concernant l'alcool, les drogues, les médicaments et le jeu. La *DrugLijn* est accessible par téléphone (078 15 10 20, du lundi au vendredi de 12 h à 21 h et le samedi de

15 h à 21 h) ou via le site Internet www.druglijn.be. La *DrugLijn* est une initiative du VAD.

- « **Partywise** » veut sensibiliser et informer le public « dance » sur les sorties saines et sûres. Le site www.partywise.be est le pivot de la campagne, où le visiteur peut, entre autres, combiner quelques sujets de fond pour une information objective et correcte. Outre le site Internet, du matériel de campagne est disponible: une affiche et un prospectus de présentation, un bracelet, un set de 6 affiches (sur la surchauffe, la déshydratation, la consommation combinée d'alcool et de drogue, les possibilités de sortie, etc.). Cette campagne fait partie d'une stratégie de prévention plus vaste à l'intention des intermédiaires dans le secteur des sorties.
- « **Drugs in beweging** » est un site (www.drugsinbeweging.be) et un lien de coopération entre le VAD et les organisations faitières des mouvements de jeunesse flamands. Le site contient des informations théoriques sur la prévention de la drogue, des conseils pratiques pour une politique en matière d'alcool et de drogue, des outils sur mesure, des informations sur le secteur de l'alcool et de la drogue et des informations spécifiques en matière d'orientation vers d'autres organismes.
- « **Alcohol bekijk het eens nuchter** » (www.bekijkheteensnuchter.be) (« Considérer l'alcool en toute sobriété ») informe et sensibilise sur la consommation consciente et critique de l'alcool et ce, auprès de différents groupes cibles. Durant la période de 2005 à 2007, l'attention s'est surtout focalisée sur les partenaires et les enfants de personnes ayant une consommation problématique d'alcool.

Thème: Tabac

Les actions locales des *logo* sont soutenues au niveau flamand par des campagnes médiatiques du VLK (Ligue flamande contre le cancer). Au point de vue juridique, le VLK est une a.s.b.l. qui reçoit annuellement un subside avoisinant les 260 000 EUR, dont le quart environ est en principe consacré au thème du tabac.

Thème Alimentation: Vinnig Vlaanderen

<http://www.vinnigvlaanderen.be/>

Thème Santé sexuelle: Campagnes Sensoa

Sensoa a lancé diverses campagnes orientées vers différents groupes cibles. Voici un petit aperçu de l'offre :

* www.allesoverseks.be: site répondant aux questions sur les relations et la sexualité, destiné au groupe cible des 15-25 ans.

* « *Facing facts* »: ensemble de matériel de campagne destiné aux homosexuels, dont le but est d'inciter les homosexuels à adopter un comportement sexuel sûr et d'encourager des intentions positives chez eux.

* « *Sluit hiv uit* » (« Exclure le hiv »): campagne de solidarité

Thème Santé mentale

En mai 2006 a été lancée la campagne populaire « *Fit in je hoofd, goed in je vel* » (« Bien dans sa tête, bien dans sa peau »). Cette campagne souligne l'importance d'une bonne santé mentale et entend lever les tabous qui pèsent sur cette problématique. **Dix démarches concrètes** permettent de parvenir à un meilleur équilibre mental. Cette campagne est la première à mettre autant l'accent sur la prévention en matière de santé mentale. Le concept des dix démarches trouve son origine en Angleterre, où des scientifiques ont découvert que, tout comme il est possible de travailler à sa santé physique, il est également possible d'effectuer un travail sur sa santé mentale. Les scientifiques ont constaté que dix démarches faciles à mettre en œuvre dans la vie

quotidienne peuvent contribuer à préserver la santé mentale. Il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'un phénomène de mode, mais d'une approche étayée scientifiquement.

L'objectif de la campagne « *Fit in je hoofd, goed in je vel* » était de sensibiliser le public à ces dix démarches et aux actions qu'elles impliquent, d'expliquer ces dix démarches au fonctionnement proactif et d'encourager le public à entreprendre lui-même des actions liées à une ou plusieurs des dix démarches (pour plus d'informations, voir le site: www.fitinjehoofd.be).

2. Actions visant les écoles

Thème: Alcool et drogues illicites

Pour l'enseignement primaire (6 à 12 ans), le VAD a développé la brochure "*Basisprincipes voor (drug)preventie in de basisschool*" (« Principes de base pour la prévention (de la drogue) à l'école primaire ») qui part d'une vision de promotion de la santé. L'accent est mis sur la liaison d'initiatives de prévention au développement et au monde des enfants, dans la pédagogie quotidienne.

Pour l'enseignement secondaire, le VAD diffuse les méthodologies et le matériel suivants:

- "*Een drugbeleid op school*" (« Une politique en matière de drogue à l'école ») est un manuel pour lancer une politique en matière de drogue à l'école secondaire. Les écoles reçoivent des références concrètes pour composer un groupe de travail autour des drogues et des directives en vue d'élaborer les différents aspects d'une politique en matière de drogue à l'école.
- "*Een drugbeleid op school onder de loep*" (« Une politique en matière de drogue à l'école sous la loupe ») est un instrument pour évaluer et corriger la politique en matière de drogue menée à l'école secondaire. Il contient des méthodologies pour faire une analyse générale et des questions ciblées permettant d'examiner minutieusement le processus d'élaboration d'une politique en matière de drogue.
- "*Juridische handvatten voor het onderwijs*" (« Références juridiques pour l'enseignement ») constitue un fil conducteur pour agir avec efficacité tant de manière préventive qu'en cas de confrontation à des problèmes d'alcool et de drogue à l'école secondaire. Les thèmes abordés sont, entre autres : le règlement scolaire, les droits et devoirs du personnel de l'école, la relation entre l'école et la police, etc. Cette brochure constitue en même temps un incitant destiné à améliorer la concertation locale entre les écoles, la police et la justice.
- "*De leerlingenbevraging*" (« Interroger les élèves ») constitue une manière de rassembler des informations sur l'attitude des élèves par rapport aux drogues, à leur consommation de drogue et à leur vision de la politique de l'école en matière d'alcool et de drogue. Les résultats peuvent stimuler la communication sur les drogues et la prévention de la drogue entre les parents, les élèves et le personnel de l'école et constituer un incitant pour améliorer la politique. Sous la forme d'un rapport, le VAD donne des conseils concrets à l'échelle de l'école individuelle. Les informations provenant de l'enquête réalisée auprès des élèves sont rassemblées chaque année en données chiffrées et rapports de synthèse.
- *De "Inventaris didactisch materiaal"* (« L'inventaire du matériel didactique ») donne un aperçu de tous les livres de jeunesse, vidéos, matériel de jeux et ensembles pédagogiques disponibles sur les thèmes de l'alcool et des autres drogues, y compris des informations méthodiques et pratiques sur tout le matériel.
- "*Drugs etc.*" (« Drogues, etc. ») est un ensemble comprenant des informations sur l'alcool, le cannabis, la cocaïne, le jeu, le GHB et la kétamine, l'héroïne, la médication psychoactive LSD, les drogues douces, le speed, les inhalants volatils et l'XTC. Sont

abordées : l'histoire de la consommation de drogues et du jeu, des données chiffrées, la consommation problématique et non problématique, la politique et la législation, la prévention, l'intervention précoce, l'aide et la réduction du dommage. L'ensemble contient douze dépliants avec des informations succinctes sur les produits, treize fiches d'information, un cd-rom, une brochure et six fiches didactiques avec des conseils pratiques pour donner des séances d'information sur les produits.

- "Lindestraat 14" est un ensemble didactique avec vidéo destiné à une soirée de formation à l'intention des parents sur la consommation de drogues chez les adolescents. L'objectif est de pouvoir parler librement du thème de la drogue et de l'inquiétude qu'il suscite.
- "Een lokaal alcohol- en drugbeleid. Sectorbrochure onderwijs" (« Une politique locale en matière d'alcool et de drogue. Brochure sectorielle enseignement ») est un concept de base rassemblant au niveau local (commune) toutes les initiatives relatives aux problèmes d'alcool et de drogue en vue de promouvoir l'harmonisation et la collaboration. La publication pour l'enseignement vise à soutenir les figures-clés de l'enseignement dans la participation à une politique locale en matière d'alcool et de drogue.
- "Drugs op de secundaire school: vormingsmateriaal voor docenten in de lerarenopleiding" (« Drogues à l'école secondaire : matériel de formation à l'intention des formateurs des enseignants ») : contient des informations théoriques et des outils concrets par lesquels le thème peut être intégré dans la formation de base des enseignants.

La mission du VAD consiste à développer toutes ces méthodologies et ce matériel et à les diffuser à l'intention des conseillers régionaux et locaux en matière de prévention de la drogue. À leur tour, ceux-ci doivent veiller à ce que ces méthodologies soient appliquées dans les écoles. Les activités des conseillers en matière de prévention de la drogue sont suivies dans « *Ginger* », un système d'enregistrement développé et géré par le VAD.

Thème: Tabac

En matière de tabagisme, la structure des *logo* vise surtout les enfants et les jeunes. Depuis de nombreuses années, le cadre dans lequel il est le plus facile de les atteindre reste l'école.

La méthodologie de prévention la plus utilisée dans les écoles s'appelle « les Classes sans tabac ». Les élèves des classes du premier degré (12-14 ans) de l'enseignement secondaire qui participent à ce concours s'engagent, ensemble, à ne pas fumer pendant six mois. Cela signifie rester sans fumer ou arrêter d'expérimenter ou de fumer de temps en temps. Une enquête démontre en effet que plus quelqu'un peut tenir longtemps sans fumer, plus cela augmente les chances qu'il reste non-fumeur.

Tableau 4: Participation au Concours « Classes sans tabac » de 2001 à 2004

Année scolaire	Classes début	Classes fin
2000-2001	1129	832
2001-2002	1805	1214
2002-2003	2149	1601
2003-2004	2058	1640

2004-2005	2059	1634
2005-2006	1990	1530

(Source: www.vig.be)

Thème Alimentation: Tutti Frutti: une offre de fruits à la mesure de l'école

Sous le nom commun de « Tutti Frutti » et avec le soutien de l'Autorité flamande, de la campagne de santé Vinnig Vlaanderen et de Zespri kiwifruit, les 26 *logo* veulent apporter leur contribution, à partir de cette année scolaire et en collaboration avec le *VIG*, aux projets relatifs aux fruits. Des accords ont été conclus avec des partenaires du secteur de la distribution (Colruyt, l'Association des entreprises de vente publique de produits horticoles, Zespri, le traiteur pour écoles Scolarest, le *Bond Beter Leefmilieu* et de nombreux grossistes et détaillants) qui garantissent une offre dans laquelle chaque école trouve ce qui lui convient. Sur le site Internet www.vinnigvlaanderen.be, des informations sur les fruits à l'école sont disponibles.

Tout ceci contribue à fournir aux écoles encore davantage de garanties, par exemple, quant à des livraisons de fruits de qualité, une faible contribution des parents et un appui important sur le fond.

En ce qui concerne l'année scolaire 2008-2009, 1 500 écoles ont adhéré au projet « Fruits » et plus de 237 000 élèves en Flandre ont ainsi reçu des fruits à l'école.

Pour la distribution des fruits à l'école, les *logo* collaborent avec des criées, des grossistes et des détaillants. Pour un prix fixe par année scolaire, les enfants reçoivent chaque semaine un fruit qu'ils peuvent manger ensemble. Le prix des fruits est volontairement maintenu très bas, de sorte que la contribution annuelle des parents reste très démocratique. En outre, les mutualités libérales prévoient pour leurs membres le remboursement de la contribution des parents au projet « Fruits ».

Une grande variété de fruits de qualité est proposée : outre des pommes, des poires et des bananes, on livre des kiwis, des raisins, des mandarines et des fraises. En plus de l'aide dans la coordination des livraisons de fruits, le *logo* soutient également les écoles grâce à du matériel éducatif soulignant les bienfaits d'une alimentation saine.

Les livraisons de fruits hebdomadaires dans le cadre du projet Tutti Frutti ont lieu pendant l'année scolaire d'octobre à juin. Il est demandé aux écoles d'adhérer par principe à Tutti Frutti. On cherche alors avec les écoles une offre de fruits appropriée.

Afin de soutenir les écoles dans l'élaboration d'activités liées aux fruits et à une alimentation saine dans les classes et les écoles, les *logo* et le *VIG* ont développé, à l'initiative du *logo* de Gand et du *VIG*, un manuel éducatif avec le matériel didactique y afférent. Grâce à Zespri kiwifruit, l'autorité flamande et le *VIG*, chaque école participante recevra ce paquet gratuitement.

Les mutualités ont mis des brochures et des posters à la disposition des écoles.

« *Schoolsnakker* » est un projet articulé autour de la **politique des boissons et des en-cas à l'école**. Par le biais du conseil des élèves, une méthodologie est proposée aux jeunes pour organiser une action axée sur une alimentation saine (et, plus particulièrement, sur les boissons et les en-cas). Le *VIG* a développé, en collaboration avec les *logo* et les *CLB*, un ensemble de matériel à l'intention des jeunes pour aborder la question des boissons et des en-cas sains à l'école. Les thèmes suivants y sont développés:

- *L'eau, sous toutes ses formes et capacités : de l'eau gratuite pour tous
- *« Café santé »: une offre de boissons saines et variées
- *Remplir les distributeurs: une offre de boissons saines et variées, aussi dans le distributeur
- *Des en-cas sains : manger des en-cas sains et bouger
- *Des fruits frais à l'école
- *Alimentation, environnement et mondialisation: boissons et en-cas équilibrés et respectueux de l'environnement

Par le biais d'une approche planifiée (chaque fiche est construite selon une feuille de route), on aborde les différentes composantes d'une politique en matière d'alimentation à l'école. Le projet entend faire prendre conscience aux jeunes de la nécessité de consommer des boissons et des en-cas équilibrés et leur apprendre à faire eux-mêmes des choix critiques. « *Schoolsnakker* » met l'accent sur la **participation des élèves**: le projet a été développé à la mesure des conseils des élèves pour que les jeunes s'impliquent activement dans la politique en matière de boissons et d'en-cas dans leur cadre de vie.

Pour retrouver d'autres actions du VIG destinées aux écoles, voir le site Internet www.gezondescholen.be

Thème Bouger

Dans le cadre du thème « bouger », le projet « *Fitte School* » a été lancé avec le soutien de l'Autorité flamande. Il s'agit d'une collaboration intersectorielle entre les domaines politiques de la Santé, de l'Enseignement, de l'Agriculture et du Sport. Ce projet prend concrètement forme grâce au VIG, à la *Stichting Vlaamse Schoolsport* (Fondation flamande du sport à l'école) et à NICE.

Le projet « *Fitte School* », lancé au début de l'année scolaire 2005-2006, a pour but de fournir aux écoles une méthodologie les aidant à élaborer une politique intégrée en matière d'alimentation et de sport. Ce projet s'inscrit dans le prolongement de la méthodologie générale de promotion de la santé au sein de l'enseignement.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux. .

Communauté française.

<p>Développement du sens de la responsabilité individuelle. Education de la santé en milieu scolaire.</p>

<p>Les Centres de Promotion de la santé à l'Ecole développent en propre depuis la rentrée académique de septembre 2007 des projets de service sur plusieurs thématiques : l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle en fait en effet bien entendu partie.</p>

<p>La politique liée à la responsabilité face à l'environnement ne</p>
--

relève pas des compétences « santé » spécifiques de la Communauté française mais des compétences des Régions Wallonne et Bruxelloises. Toutefois les directions d'école pourraient directement envisager de mener de telles actions avec les différents acteurs proches de la problématique «environnement ».

Information et sensibilisation du public.

Les campagnes d'information spécifiques visant à informer le public sur les différents thèmes abordés existent en Communauté française.

Le site de la Direction générale de la Santé de la Communauté française www.sante.cfwb.be et plus particulièrement les sites internet des différentes associations que nous subsidions jouent à cet effet un rôle d'information et de prévention. Citons par exemple :

Alcool, drogues illicites et tabac : www.infordrogues.be, www.modusvivendi-be.org

Alimentation : <http://www.mangerbouger.be>

Activité sexuelle : www.aideinfosida.be, www.exaequo.be; www.prevention.org

Article 11§3.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment :

A prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.

Evolutions depuis le dernier rapport.

En Communauté flamande.

Quelles sont les mesures prises pour prévenir les maladies épidémiques, endémiques ou autres ?

Vaccination :

Depuis le dernier rapport, le programme de vaccination a été étendu en 2007 à la vaccination systématique des nouveau-nés contre les pneumocoques. En 2007, on a procédé à un programme de vaccination de rattrapage s'appliquant à tous les enfants de moins de 2 ans.

Le site Internet de l'Autorité flamande sur le thème des vaccinations a été entièrement rénové: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie.aspx>. À la suite de la Semaine européenne de la Vaccination, une campagne de communication soulignant l'importance des vaccinations a été menée. Un site web distinct a ainsi été conçu pour les campagnes annuelles: <http://www.vaccinatieweek.be>.

L'étude de 2005 relative au taux de couverture vaccinale a mis en évidence une nette amélioration de ce taux chez les jeunes enfants, surtout contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. En 2007, une adjudication publique a été lancée pour la réalisation d'une nouvelle étude du taux de couverture vaccinale, qui se terminera fin 2008.

Le Scénario Maladies contagieuses décrit quelles mesures un *CLB* (Centre d'encadrement des élèves) doit prendre lorsqu'il constate une maladie contagieuse chez des écoliers.

Kind en Gezin possède également un « classeur des maladies infectieuses », qui comprend les directives officielles destinées aux structures d'accueil des enfants.

L'échange des seringues pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse est un autre projet de la Communauté flamande visant à prévenir les infections telles que l'hépatite B et le HIV, transmissibles via l'usage commun d'aiguilles intraveineuses.

Quelles sont les mesures générales prises en matière d'hygiène publique, telles que :

a. Prévention de la pollution :

Acteurs en Flandre

La prévention de la pollution est une compétence du département flamand Environnement, Nature et Énergie. Pour l'eau et l'air, c'est la *Vlaamse Milieumaatschappij*

(VMM - Société flamande de l'Environnement) qui est compétente ; l'*Openbare Vlaamse Afvalstoffenmaatschappij (OVAM* - Société publique pour les déchets de la Région flamande) étant compétente pour le sol et les déchets. Le département d'Inspection de l'Environnement se charge quant à lui du maintien général de la qualité de l'environnement.

L'Agence flamande Soins et Santé, qui dépend du département Bien-être, Santé publique et Famille, est également active dans le domaine de la protection de la population contre les influences de la pollution environnementale, notamment via :

- le *décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive*, qui :
 - o permet au Gouvernement flamand de fixer des valeurs cibles pour les polluants dans l'air, l'eau et le sol, dans le cadre d'un développement durable (art. 52);
 - o impose au Gouvernement flamand de mettre sur pied une biosurveillance humaine dans le but de surveiller l'exposition des citoyens aux polluants environnementaux.
- le *Medisch Milieukundig Netwerk (MMN* - Réseau médical environnemental), tel que décrit en détail dans le rapport précédent ;
- l'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation générales au moyen de brochures, de dépliants et d'affiches ;
- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondmilieu.aspx>

Pollution environnementale provoquée par les établissements incommodes

En Belgique, la protection de l'environnement, notamment, la protection de l'air contre la pollution et la contamination, est une compétence régionale. Vlarem I et Vlarem II, deux arrêtés d'exécution du décret du 28 juin 1985 relatif au permis d'environnement, constituent la base légale pour lutter contre la pollution provoquée par les établissements incommodes en Flandre. L'arrêté du Gouvernement flamand du 6 février 1991 fixant le règlement flamand relatif au permis d'environnement, ou Vlarem I, a depuis fait l'objet de plusieurs adaptations. Vlarem II est l'arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement. Vlarem II a également déjà été modifié à plusieurs reprises. Le texte intégral du décret relatif au permis d'environnement et de Vlarem I et II est consultable et téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.mina.be/vlarem-teksten.html>.

Les mesures de prévention et de protection nécessaires sont prises tant dans le cadre législatif (VLAREM) que dans le processus individuel de permis d'environnement, afin de mettre en œuvre la politique en matière de santé.

En voici quelques exemples :

- Rapport d'incidence sur l'environnement : il s'agit d'une procédure juridico-administrative étudiant, discutant et évaluant scientifiquement l'impact sur l'environnement d'une activité ou d'une intervention (projets, politiques, plans et programmes) avant que celle-ci n'ait lieu. Dans ce cadre, on évalue les effets sur l'homme et les enfants ;
- Rapports de sécurité: ces rapports sont dressés en vue de maîtriser les dangers et les risques d'accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. Il est également tenu compte des risques que cela entraîne pour les groupes vulnérables ;
- Sécurité dans les piscines ;
- Mesures préventives et protectrices en matière de bruit et de pollution de l'air et de l'eau (tant dans la réglementation que dans les permis individuels d'environnement);
- Dispositions relatives à la gestion de l'amiante ;
- Etc.

Medisch Milieukundig Netwerk (MMN - Réseau médical environnemental)

Ces dernières années, le *Medisch Milieukundig Netwerk* (Réseau médical environnemental) a poursuivi son développement et son opérationnalisation en Flandre. Ce réseau fonctionne selon une structure en trois niveaux :

- Premier niveau: les *Medisch Milieukundigen* (MMK – Écologues médicaux)
Les Écologues médicaux sont actifs en Flandre depuis 2004. Ils se veulent proches du citoyen et constituent la première ligne du Réseau médical environnemental. Les MMK représentent le point de contact local pour les questions et les plaintes relatives à l'environnement et à la santé tant pour la population que pour les intermédiaires (fonctionnaires environnementaux, médecins généralistes, etc.). En mettant sur pied un réseau local sur le plan de l'environnement et de la santé, les MMK jouent également un rôle de plate-forme.
Enfin, les MMK ont également une mission d'information et de communication quant aux risques de problèmes de santé liés à l'environnement, notamment par le biais de réunions

- Deuxième niveau: le service Environnement et Santé du Département *Leefmilieu, Natuur en Energie* (LNE – Environnement, Nature et Énergie) (<http://milieugezondheid.lne.be>) et l'*Agentschap Zorg en Gezondheid* (Agence Soins et Santé), division *toezicht Volksgezondheid* (ToVo – Surveillance de la Santé publique), forment le deuxième niveau du Réseau médical environnemental flamand. Le service Environnement et Santé s'occupe notamment des recherches nécessaires sur la base desquelles sont élaborées des propositions et des actions de politique en matière d'environnement et de santé

- Troisième niveau: le *Steunpunt Milieu en Gezondheid* (Point d'appui Environnement et Santé)
À la mi-2001, un *Steunpunt Milieu & Gezondheid* première génération a été mis sur pied. Ce centre d'études universitaire est un consortium composé d'universités flamandes et d'autres partenaires réalisant des recherches destinées à soutenir la politique en matière d'environnement et de santé.
Le *Steunpunt Milieu & Gezondheid* première génération (2002-2006) était à la base de la campagne flamande de biosurveillance et prévoyait un soutien scientifique pour le Réseau médical environnemental. Un Point d'appui seconde génération (2007-2011) est actuellement actif et est notamment responsable de la poursuite du programme de biosurveillance humaine.

Programme flamand de biosurveillance humaine et intégration des résultats dans une politique

Le premier cycle du programme flamand de biosurveillance humaine (2002-2006) s'est achevé fin 2006. La biosurveillance humaine consiste à mesurer la présence de polluants chez l'homme (bioindicateurs d'exposition) et leurs effets sur sa santé (bioindicateurs d'effet). La biosurveillance humaine constitue un instrument précieux dans le cadre de l'élaboration et du suivi d'une politique préventive et curative en matière d'environnement et de santé.

Dans le cadre du premier programme de biosurveillance humaine, on a systématiquement sélectionné des personnes provenant de diverses zones prioritaires de Flandre, chacune caractérisée par une contrainte environnementale particulière (par exemple : agglomérations urbaines, zones portuaires, industrielles, rurales, etc.). Les bioindicateurs d'exposition et d'effet ont été mesurés dans le sang du cordon ombilical et dans les échantillons de sang et d'urine de jeunes et d'adultes. La plupart du temps, la teneur en polluants mesurée dans les échantillons de sang et d'urine se situait en deçà des normes et des valeurs indicatives actuelles. Toutefois, on a observé d'importantes

différences individuelles dans les taux mesurés. Une comparaison avec des données provenant d'études antérieures et des données étrangères n'a pas révélé de valeurs moyennes très élevées en Flandre.

À l'opposé des données de mesure de l'environnement, les données résultant de la biosurveillance humaine sont difficilement transposables directement en mesures concrètes. Il faut en effet tenir compte de facteurs environnementaux externes et de caractéristiques liées aux personnes comme le mode de vie, les passe-temps ou encore les conditions d'habitation. L'exploitation des résultats de la biosurveillance humaine comme instrument politique requiert donc de nombreuses connaissances supplémentaires et un important débat. Dans ce cadre, un « plan échelonné » a été élaboré, de manière à pouvoir faire face à la quantité et à la complexité des données de biosurveillance recueillies et de façon à les traiter adéquatement. Cela doit également permettre d'évaluer la gravité des signaux observés pour la santé, d'en détecter les causes et, si nécessaire, d'élaborer une proposition de politique.

Le plan échelonné a été appliqué comme projet pilote dans le cas des taux plus élevés de DDE constatés chez les trois groupes d'âge dans les zones rurales et la zone industrielle du canal Albert. Des mesures politiques ont été élaborées et mises en œuvre sur la base du plan échelonné relatif au DDE. Par exemple, des recherches plus approfondies ont examiné les voies d'absorption actuelles et historiques du DDT en Flandre. Une collecte et une action de sensibilisation relatives aux pesticides ont également été lancées dans le cadre de la campagne « *zonder is gezonder* » (« Pesticides en moins, environnement plus sain »). Ces actions ont été menées conjointement par le Département LNE, la VMM (Société flamande de l'Environnement), l'OVAM (Société publique pour les déchets de la Région flamande), l'Agence Soins et Santé (Surveillance de la Santé publique) et les écologues médicaux au sein des *logo*.

Janvier 2007 a vu le lancement du plan échelonné intégré concernant les autres polluants en plus forte concentration observés lors du premier cycle de biosurveillance humaine (2002-2006). En collaboration avec les autorités, des experts en la matière et un jury composé notamment de groupes sociaux ont examiné à quels polluants le plan échelonné devait s'appliquer. À cet égard, les deux ministres compétents ont donné leur accord pour que deux études de cas "*dioxines, PCB's en HCB in landelijke gebieden*" (« les dioxines, PCB et HCB dans les zones rurales ») et "*astma in Gent en Antwerpen*" (« l'asthme à Gand et Anvers ») soient suivies en priorité. Un plan d'approche, dressé en 2008 pour les deux études de cas, a été soumis à l'approbation des deux ministres compétents en la matière.

Au début de l'année 2007 a été lancé le *Steunpunt Milieu & Gezondheid* seconde génération, qui procédera à des recherches sur l'environnement et la santé jusqu'en 2011. Le programme de biosurveillance humaine représente un volet important de ces recherches. Le nouveau programme de biosurveillance a été développé dans le courant de l'année 2007. Ses objectifs sont : (i) d'établir une base de références relative à la présence de polluants au sein de la population flamande, en incluant le groupe, plus sensible, des enfants et (ii) de surveiller les « *hot spots* » (les zones à risques, qui devront encore être déterminées plus précisément). Pour la définition de la base de références, on a suggéré d'échantillonner trois catégories d'âge (les nouveau-nés, les jeunes et les adultes) dans toutes les provinces flamandes, en examinant plus particulièrement les nouvelles substances apparues dans l'environnement au cours de la dernière

décennie et pour lesquelles nous ne disposons que de peu de données quant à l'exposition humaine. La sélection des « *hot spots* » a commencé en 2007 par l'application d'une procédure transparente et délibérative associant également des groupes sociaux.

Outre l'aspect « surveillance pure », le programme de biosurveillance permet également de répondre à certaines questions et, ainsi, d'accroître nos connaissances. Il combine donc les aspects de surveillance et de recherche, ces derniers s'inscrivant dans une série de sous-études portant sur la poussière fine et les perturbateurs hormonaux.

de l'air :

La qualité de l'air est suivie en Flandre par un réseau de mesurage géré par la *VMM* (Société flamande de l'Environnement).

de l'eau :

Dans le cadre de la directive du Conseil du 12 décembre 1991 (91/676/CEE) concernant la protection des eaux contre **la pollution par les nitrates à partir de sources agricoles**, le « *Mestactieplan* » (« Plan lisier ») a été implémenté en Flandre. Le contrôle de sa mise en oeuvre incombe à la division « *Mestbank* » (« Banque lisier ») de la *Vlaamse Landmaatschappij* (Société terrienne flamande), sous-partie du domaine politique Environnement. Le premier « décret lisier » du 23 janvier 1991 relatif à la protection de l'environnement contre la pollution due aux engrais portait sur les années 1991 à 2006 y compris. Ce décret a été remplacé à dater du 1^{er} janvier 2007 par le décret du 22 décembre 2006 concernant la protection des eaux contre la pollution par les nitrates à partir de sources agricoles. Ce dernier décret tient compte de toutes les dispositions de la directive sur les nitrates, de sorte que la Flandre est parfaitement en conformité avec cette directive. Le texte de ces décrets et des arrêtés d'exécution est disponible sur le site Internet de la *Vlaamse Landmaatschappij* : <http://www.vlm.be/algemeen/Regelgeving/Mestbank/Pages/default.aspx>

Dans le cadre de l'article 10 de la directive relative aux nitrates, chaque État membre doit, tous les quatre ans, dresser un rapport relatif à l'état d'avancement de la mise en oeuvre de cette directive. Le rapport concernant la période 2003-2007 a été transmis en 2008 à la Commission européenne.

Autres législations européennes s'appliquant à la pollution des eaux :

- directive sur les eaux urbaines résiduaires – transposée dans la législation flamande via VLAREM;
- directive-cadre sur l'eau, directives filles sur les normes de qualité environnementale dans le milieu aquatique (la publication au Journal officiel des Communautés européennes est attendue pour bientôt) et directive sur les eaux souterraines.

Autres législations européennes pertinentes relatives à l'eau et axées sur la Santé publique:

- directive sur l'eau potable;
- directive sur les eaux de baignade.

Cette législation européenne a été entièrement transposée dans la législation flamande (décrets et arrêtés), entre autres dans :

- VLAREM Titre II;
- décret du 18 juillet 2003 relatif à la politique intégrée de l'eau et arrêtés d'exécution;
- décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine et arrêtés d'exécution.

En collaboration avec la VMM, la division « Surveillance de la Santé publique » contrôle la qualité des **eaux de baignade** à ciel ouvert. La division « Surveillance de la Santé publique » veille également à l'application de l'arrêté sur la légionellose ; elle impose aux gestionnaires de systèmes producteurs d'aérosols, auxquels les citoyens sont exposés dans des lieux accessibles au public, de prendre des mesures en vue de prévenir la légionellose au sein de la population. *Arrêté du Gouvernement flamand du 9 février 2007 relatif à la prévention de la maladie du légionnaire dans des espaces accessibles au public (MB 04/05/2007).*

du sol :

L'Inspection flamande de la santé rend des avis en matière de santé sur les demandes de permis d'environnement dans le cadre de la législation Vlarem (*Arrêté du Gouvernement flamand du 6 février 1991 fixant le règlement flamand relatif au permis d'environnement, ou Vlarem I ; Arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement, ou Vlarem II-bis*).

La division « Surveillance de la Santé publique » informe également la population sur la pollution du sol et ses conséquences pour la santé en organisant des campagnes d'information et de sensibilisation spécifiques grâce à des dépliants, des affiches, des réunions d'information et des lignes téléphoniques où adresser ses questions, notamment au sujet de la pollution par le cadmium dans le nord de la Campine et à Hoboken et ses environs.

Le décret du 27 octobre 2006 relatif à l'assainissement du sol et à la protection du sol (le décret relatif au sol) et le nouvel arrêté d'exécution du 14 décembre 2007 (VLAREBO) ont défini un nouveau cadre pour la gestion du sol, avec également un impact sur les eaux souterraines. La nouvelle réglementation permettra de prévenir plus efficacement la pollution du sol, de mieux intégrer l'approche de la pollution dans les processus d'entreprise et de remédier à un certain nombre de problèmes de la réglementation antérieure.

On trouve ainsi de nouvelles lignes directrices en matière de gestion des risques et un chapitre relatif aux sols aquatiques et à la protection du sol.

Le décret du 27 octobre 2006 relatif à l'assainissement du sol et à la protection du sol fournit un cadre à plusieurs mesures de prévention et de protection en matière d'**amiante**. Dans la procédure standard pour la reconnaissance d'orientation du sol, l'amiante doit également être considéré comme une substance potentiellement suspecte. Les résultats de ces études sont repris dans le registre d'information sur les terrains de l'OVAM (Société publique pour les déchets de la Région flamande) et se reflètent dans l'attestation de sol.

En 2004, l'OVAM a lancé le projet « assainissement des déchets de tournage de tuyaux en amiante-ciment » en collaboration avec l'entreprise Eternit et les administrations communales de Kapelle-op-den-Bos et de Willebroek. L'OVAM a clôturé cette première phase avec succès au printemps 2008. Au total, 461 parcelles de particuliers ont été débarrassées des déchets de tournage de tuyaux en amiante-ciment. Un peu plus de 33 000 tonnes de déchets ont ainsi été déterrées et évacuées vers la décharge autorisée de l'OVMB (Gestion de l'environnement – Flandre orientale). La première phase fait également apparaître qu'il faut trouver une solution en ce qui concerne le problème des déchets de tournage en amiante-ciment sur les terrains communaux. Il apparaît en outre

que l'on trouve des remblais chez des particuliers dans un plus grand nombre de communes que les deux communes du projet initial. Pour résoudre ces problèmes, l'OVAM a lancé en novembre 2008 un second projet unique « assainissement des déchets de tournage de tuyaux en amiante-ciment ». Ce programme complémentaire de l'OVAM a débuté par une campagne de communication à grande échelle dans près de 27 communes.

Le plan d'exécution « utilisation de matériaux et gestion des déchets respectueuses de l'environnement dans le secteur de la construction », tel qu'approuvé le 7 juillet 2007 (M.B. 22 août 2007), prévoit un programme spécifique d'actions, dont une série de mesures destinées à appliquer dans la pratique le principe du démolissage sélectif (aussi en ce qui concerne l'amiante) et à rendre obligatoire l'adoption d'un cahier des charges de démolition pour des travaux d'une certaine ampleur.

Le nouveau projet de plan d'exécution « gestion écologiquement rationnelle des déchets ménagers » indique (programme d'action 7, action 2) que les déchets liés contenant de l'amiante et les petits déchets dangereux doivent être récoltés dans les parcs à conteneurs aux frais de la commune (accessible à tous).

Les critères de déversement des déchets ont été adaptés récemment dans VLAREM II pour se conformer aux dispositions de la Décision européenne 2003/33/CE, qui comprend des mesures contre la diffusion des fibres. Les déchets composés de matériaux de construction contenant de l'amiante, avec présence de fibres d'amiante sous forme liée, peuvent être déversés dans les décharges autorisées pour les déchets dangereux (les décharges de catégorie 1), dans celles pour les déchets non dangereux (les décharges de catégorie 2), ainsi que dans les décharges autorisées pour les déchets inertes (les décharges de catégorie 3), pour autant que des conditions bien précises soient remplies conformément à la législation VLAREM modifiée.

par le bruit:

La réglementation en matière de bruit appliquée en Flandre depuis 2005 est la transposition de la directive 2002/49/CE relative au bruit dans l'environnement (arrêté du Gouvernement flamand du 22 07 2005). On y a déjà fait référence au Titre 1) Au niveau fédéral du premier rapport belge (cycle XVIII-2),

- Contribution du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, question B, point c, protection contre le bruit;
- Contribution du SPF Mobilité et Transports, question B, Rail.

L'exposition au bruit, notamment aux alentours de l'aéroport national, fait l'objet d'un suivi via un réseau de mesure de bruit (une quinzaine de postes de mesure) géré par le Département LNE (Environnement, Nature et Énergie). Les résultats sont consultables sur le site Internet www.milieuhinder.be.

Hygiène de l'habitat

La division « Surveillance de la Santé publique » protège la population contre les influences de la pollution à l'intérieur des maisons :

- en prodiguant des conseils aux particuliers et aux autorités locales au sujet de l'environnement intérieur pathogène des habitations et ce, dans le cadre de l'arrêté pollution intérieure ;
- en prenant des mesures dans le cadre de ce même arrêté en vue de protéger les utilisateurs de lieux accessibles au public (écoles, bibliothèques, etc.) contre les environnements intérieurs pathogènes.

Arrêté du Gouvernement flamand du 11 juin 2004 contenant des mesures de lutte contre les risques de santé par la pollution intérieure (M.B. 19/10/2004).

Une campagne générale d'information et de sensibilisation est également menée sur le thème « Habitat et santé ».

Lutte contre l'alcoolisme :

Pour la mise en oeuvre de la politique en matière de toxicomanie, l'Autorité flamande a conclu une convention (2006-2010) avec la *Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen* (VAD - Association pour les problèmes d'alcool et autres drogues) (<http://www.vad.be>). Initiatives concrètes :

- « **Alcohol bekijk het eens nuchter** » (« Considérer l'alcool en toute sobriété ») informe et sensibilise au sujet de la consommation consciente et critique d'alcool.
- « **Partywise** » est une campagne qui s'adresse aux jeunes, axée sur la consommation de drogues (ainsi que d'alcool) pendant les sorties. Cette campagne fait partie d'une stratégie de prévention à plus grande échelle visant les intermédiaires du secteur des sorties.
- « **De DrugLijn** » : site Internet et ligne téléphonique où la population peut poser des questions au sujet de l'alcool et des drogues. (www.druglijn.be)
Tél : 078/151020
- « **Drugs in beweging** » est un site (www.drugsinbeweging.be) et un accord de coopération entre le VAD et les organisations faitières des mouvements de jeunesse flamands. Ce site a fait l'objet d'une évaluation en 2004.

Lutte contre le tabagisme :

La politique flamande de prévention du tabagisme est menée par le *VIG* (Institut flamand pour la promotion de la santé), les *logo* (réseaux loco-régionaux pour la concertation et l'organisation de la santé), le *VLK* (Ligue flamande contre le cancer) et le *WVH* (Association scientifique des médecins généralistes flamands).

Le *VIG* est une a.s.b.l. qui reçoit chaque année une subvention d'environ 1 200 000 euros sur la base d'une convention conclue avec l'Autorité flamande pour la période de 2006 à 2010 inclus. Le travail du *VIG* porte sur la lutte contre le tabac, mais cette association s'intéresse également à d'autres objectifs flamands en matière de santé : une alimentation saine, du mouvement et la réduction des accidents. Autrement dit, il est difficile de calculer le montant précis consacré à la lutte contre le tabac. Nous l'estimons aux alentours des 300 000 euros.

Voici les finalités reprises dans la convention :

- développement, validation et implémentation de concepts, méthodes et instruments de travail étayés scientifiquement ;
- soutien de l'implémentation ;
- évaluation et suivi de la qualité des projets ;

- information, avis et formation.

Le *VIG* couvre l'ensemble du territoire flamand et Bruxelles.

Le *VIG* fait appel aux *logo* (cf. supra) pour appliquer les méthodes mises au point dans le domaine de la lutte contre le tabac. Il ressort des données enregistrées par les *logo* qu'un cinquième environ des activités sont axées sur la prévention du tabagisme. Environ trois quarts des activités concernent l'éducation à la santé et l'information au sujet de la santé et un sixième a trait à l'environnement. Les groupes cibles se composent essentiellement d'enfants et de jeunes dans les écoles, cadre où ils sont le plus accessibles. En nous basant sur ces chiffres, nous pouvons affirmer que quelque 715 000 euros sont consacrés à la prévention du tabagisme via les *logo*.

Au point de vue juridique, *Domus Medica* est une a.s.b.l. qui, en tant qu'association professionnelle des médecins généralistes, a pour mission de promouvoir et d'étayer pour l'ensemble de la Flandre les aspects scientifiques, sociaux et éthiques de la médecine générale. Dans le cadre d'une convention conclue avec la Communauté flamande, *Domus Medica* reçoit une subvention annuelle de 335 000 euros, dont environ 50 000 sont consacrés aux actions antitabac.

Lutte contre la toxicomanie :

Dans le cadre de la prévention contre l'alcool, les drogues, les médicaments et les jeux, la Communauté flamande subventionne le *VAD* (Association pour les problèmes d'alcool et autres drogues) et les spécialistes en prévention de la drogue dans les *CGG* (Centres de soins de santé mentale).

Au point de vue juridique, le *VAD* est une a.s.b.l. qui reçoit annuellement une subvention d'environ 2 100 000 euros sur la base d'une convention conclue avec l'Autorité flamande pour la période de 2006 à 2010 inclus.

Les finalités reprises dans la convention sont les suivantes :

- promotion de l'expertise (information, avis et formation) ;
- adéquation entre les acteurs au niveau local et au niveau flamand ;
- développement, validation et promotion de concepts, méthodes et instruments de travail étayés scientifiquement ;
- soutien de l'implémentation de ces méthodes et instruments ;
- opérationnalisation d'un concept flamand de prévention des toxicomanies comme ébauche d'une intégration dans les secteurs sociaux et dans le secteur de la drogue et de l'alcool.

L'action du *VAD* couvre l'ensemble du territoire flamand et Bruxelles.

Le *VAD* fait appel aux spécialistes en prévention de la drogue des *CGG* pour la mise en oeuvre des méthodologies développées. Inversement, ces travailleurs en prévention peuvent faire appel au *VAD* pour diverses formes de soutien, tant sur le fond que dans la pratique. Cette relation privilégiée a été fixée dans un protocole de collaboration entre le *VAD*, les *CGG* concernés et le ministre flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille.

On compte sur l'ensemble du territoire flamand 10 *CGG* ayant une mission de prévention. Ceux-ci occupent au total 22 spécialistes en prévention de la drogue. Il est difficile de calculer le montant précis de la subvention car les frais de personnel et de

fonctionnement sont compris dans l'enveloppe globale des centres. Nous estimons que ce montant tourne autour des 900 000 euros. Chacun des 10 CGG s'occupe d'une région déterminée de Flandre. Ensemble, ces spécialistes en prévention couvrent la totalité du territoire flamand et Bruxelles.

Depuis fin 2002, la Communauté flamande est associée à deux structures de concertation dans le domaine des toxicomanies : la *Cel Gezondheidsbeleid Drugs* (CPSD - Cellule Politique de santé en matière de drogues) et l'*Algemene Cel Drugs* (CGPD - Cellule générale de Politique en matière de drogues). Au sein des deux structures, les différents ministres (fédéraux, communautaires et régionaux) tentent de coordonner leur politique en matière de drogues. La CPSD est opérationnelle depuis 3 ans déjà. La CGPD ne l'est pas encore mais pourrait démarrer ses travaux cette année. Ces engagements sont fixés respectivement dans un protocole de coopération pour la CPSD et dans un accord de coopération pour la CGPD. La Communauté flamande contribue financièrement aux frais de fonctionnement de ces cellules à hauteur de 50 000 euros pour chacune.

Lutte contre la transmission de maladies sexuellement transmissibles.

La politique flamande en matière de prévention des MST s'inscrit dans le cadre de la politique générale en matière de santé sexuelle.

Les efforts actuels de la Communauté flamande concernant la prévention de la contamination par les MST sont conformes aux directives internationales émanant d'organisations telles que l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé. La Communauté flamande suit continuellement leur fonctionnement.

La politique de prévention des MST (maladies sexuellement transmissibles), à l'inclusion du HIV/SIDA, est une préoccupation importante. Différentes organisations travaillent en permanence sur le problème. La Communauté flamande a conclu avec elles des conventions ou des contrats de gestion en vue de promouvoir la santé sexuelle, en accordant une attention particulière à la prévention des MST. Les organisations subventionnées quant au thème de la santé sexuelle sont décrites plus loin dans la présente note. La méthode de travail consistant à travailler avec des conventions est validée par le décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive. Par ce décret, la Communauté flamande tente, toujours plus, de mener de manière rationnelle une politique de prévention des comportements à risque et de promouvoir un comportement sain.

Les organisations actives dans le domaine de la prévention des MST et du HIV/SIDA sont *Sensoa*, l'*ITG*, l'a.s.b.l. *Pasop* et *GH@pro*. Leurs activités ont déjà été détaillées dans le présent rapport (cf. PAR.1, question B : santé génésique).

Prévention des accidents

Réglementation : la prévention des accidents est l'un des cinq objectifs de santé fixés en 1998: « *le nombre d'accidents mortels dans la sphère privée et dans la circulation doit baisser de 20%* ».

Une circulaire ministérielle du 18 mars 2003 a repris comme indicateur obligatoire pour les *logo* « la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile ». Ceci signifie que la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile constitue une priorité dans la politique en matière de prévention des accidents.

Organisation : l'Autorité flamande a conclu une convention avec le *VIG* (Institut flamand de promotion de la santé) pour mettre en oeuvre la politique de prévention des accidents. Le *VIG* élabore des méthodes de prévention des accidents que les *logo* utilisent ensuite pour travailler avec différents groupes cibles et institutions. Pour obtenir des informations générales sur le fonctionnement du *VIG* dans le domaine de la prévention des accidents :

http://www.vig.be/content.asp?nav=themas_ongevallenpreventie&selnav=198

Initiatives concrètes :

- En 2005-2007, 33 communes ont adhéré au projet « *BOEBS* » (*Blijf Op Eigen Benen Staan* – Restez sur vos jambes). Ce projet articulé autour de la prévention primaire des chutes chez les personnes âgées a été élaboré en 2003-2004 par le *VIG* (Institut flamand de promotion de la Santé). Il s'agit d'un projet « communautaire » dans lequel les *logo* jouent un rôle de coordination. Au niveau de la Communauté, un certain nombre d'actions préventives ont été organisées pour éviter les chutes chez les personnes âgées.

http://www.vig.be/content.asp?nav=themas_ongevallenpreventie&selnav=526

- En 2007, la *Katholieke Universiteit Leuven* a entamé la mise en place d'une approche uniforme de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile et présentant un risque aggravé. Il s'agit de sensibiliser les personnes âgées et leur entourage aux risques de chute à l'aide d'un dépliant explicatif et d'une liste d'auto-évaluation. Ce dépliant est réalisé notamment en collaboration avec le *VIG* et les *logo*. Pour l'application de ces méthodologies, les référents *SIT* (*Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg* – Initiatives de coopération dans les soins à domicile) suivent une formation en matière de prévention des chutes, puis forment à leur tour des professionnels de la santé selon le principe « *train the trainer* » (former le formateur) afin d'appliquer cette approche uniforme dans toute la Flandre.

<http://www.valpreventie.be>

- À la fin de l'année 2007, l'Autorité flamande a accordé une subvention à l'a.s.b.l. « *De Blauwe Hond* » pour le développement et la diffusion d'un ensemble de prévention à objectif double. Il s'agissait, d'une part, d'apprendre aux parents à évaluer le risque que représentent les chiens à proximité de jeunes enfants et, d'autre part, d'apprendre aux enfants à adopter un comportement sûr lorsqu'ils sont confrontés à des chiens. On travaille en collaboration avec le *VIG* afin d'atteindre les groupes cibles et d'harmoniser cette initiative avec les autres stratégies en matière de prévention des accidents chez les enfants.

<http://www.blauwehond.be>

- La *Greet Rouffaerhuis* a rédigé en 2007 un livre de prévention et un manuel de prévention des brûlures pour les enfants âgés de 5 ans et plus. Ce matériel est distribué dans les écoles flamandes.
- Les mutualités chrétiennes, socialistes, libérales et libres reçoivent chaque année une subvention de l'Autorité flamande pour soutenir leur service de prévention. Ces mutualités ont mené en 2005-2007 un certain nombre d'actions sur la prévention des accidents:

Exemples de brochures et de dépliant:

- « *doorheen het verkeer: een gids voor papa's en mama's* » (Sur la route : petit guide pour les parents) ;
- « *fietshelm op, slimme kop* » (Casque coiffé, cycliste futé) ;
- « *gif in huis* » (Le poison à la maison) ;
- « *CO-vergiftiging* » (Intoxication au CO).

En Communauté germanophone.

Prévention de toxicomanies .

Une description de l'action de l'ASL Arbeitsgemeinschaft für Sucht und Lebensbewältigung est jointe en annexe.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Au niveau fédéral :

Réduction des risque liés à l'environnement radiations ionisantes

a) Texte applicables

Les textes réglant la matière sont les suivants :

- 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 (*M.B.* 30.08.2001 ; entré en vigueur le 01.09.2001) ;

- l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant sur les attributions et la désignation des membres du service de contrôle de l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire chargés de veiller à l'application 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 (*M.B.* 30.08.2001).

- l'arrêté royal du 17 octobre 2003 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge(*M.B.* 20.11.2003).

b) Exposé général du cadre légal

1. Le nouveau règlement général (cf. l'arrêté royal du 20 juillet 2001 précité) prend la place de 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, qui a été pris en exécution de la loi du 29 mars 1958 relative à la protection de la population contre les dangers résultant des radiations ionisantes. Cette loi fut abrogée par 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 relatives à l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire (*M.B.* 29.07.1994). Il comprend la plus grande partie de la réglementation belge en matière de protection de la population et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants.

L'arrêté royal du 28 février 1963 fut modifié par l'arrêté royal du 2 octobre 1997, en grande partie afin de transposer plusieurs directives européennes :

- la directive 84/466/Euratom du Conseil des Communautés européennes du 3 septembre 1984 fixant les mesures fondamentales relatives à la protection radiologique des personnes soumises à des examens et traitements médicaux;

- la directive 89/618/Euratom du Conseil des Communautés européennes du 27 novembre 1989 concernant l'information de la population sur les mesures de protection sanitaire applicables et sur le comportement à adopter en cas d'urgence radiologique;

- la directive 90/641/Euratom du Conseil des Communautés européennes du 4 décembre 1990 concernant la protection opérationnelle des travailleurs extérieurs exposés à un risque de rayonnements ionisants au cours de leur intervention en zone contrôlée;

- la directive 92/3/Euratom du Conseil des Communautés européennes du 3 février 1992 relative à la surveillance et au contrôle des transferts de déchets radioactifs entre Etats membres ainsi qu'à l'entrée et à la sortie de la Communauté ainsi que la décision de la Commission du 1er octobre 1993 établissant le document uniforme mentionné dans cette directive .

Le nouveau règlement général assure également la transposition de directives européennes plus récentes qui sont les suivantes :

- la directive 94/55/CEE du Conseil du 21 novembre 1994 relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant le transport des marchandises dangereuses par route et les adaptations postérieures ;
- 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/CEE du Conseil du 23 juillet 1996 relative au rapprochement des législations des »Etats membres concernant le transport de marchandises dangereuses par chemin de fer, et les adaptations postérieures ;
- la directive 97/11/CEE du Conseil du 3 mars 1997 modifiant la directive 85/337/CEE 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 médicales et remplaçant la directive 84/466/Euratom.

Le champ d'application du règlement général est plus vaste que par le passé et couvre pratiquement toutes les activités humaines et les situations impliquant un risque résultant de l'exposition aux rayonnements ionisants, et ce au niveau de la protection tant des travailleurs que du public et de l'environnement. En particulier, les risques associés à la radioactivité naturelle (par exemple, le radon) sont intégrés dans la réglementation. Il est à noter qu'une réglementation spécifique mais similaire s'applique au domaine militaire.

Le chapitre III «Protection générale» du règlement général contient des mesures spécifiques de protection de la santé. Le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale est compétent pour les dispositions de ce chapitre relatives à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.

En application de l'article 77 du règlement général, la surveillance médicale des travailleurs et des conditions d'hygiène du travail dans les établissements visés dans le règlement général est contrôlée par les médecins de l'Administration de l'hygiène et de la médecine du travail, qui est devenue entre-temps la Direction générale du bien-être au travail.

La surveillance de l'exécution des autres dispositions du règlement général relève de la compétence des inspecteurs nucléaires de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire en application de l'article 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant sur les attributions et la désignation des membres du service de contrôle de l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire chargés de veiller à l'application 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 (*M.B.* 30.08.2001).

2. L'article 4 de l'arrêté royal du 17 octobre 2003 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (*M.B.* 20.11.2003) charge le Ministre de l'Intérieur de l'exécution de cet arrêté dont les services sont aussi chargés du contrôle de son exécution.

Le point 2.1.3. du plan d'urgence nucléaire fixe les compétences dans ce plan du Ministre qui a la sécurité au travail, l'hygiène du travail et la médecine du travail dans ses attributions.

c) Mise en œuvre des mesures relevant des arrêtés royaux des 20 juillet 2001 et 17 octobre 2003

Différents textes ont été adoptés pour exécuter, compléter ou modifier 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 et l'arrêté royal du 17 octobre 2003 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge :

- l'arrêté royal du 12 mars 2002 relatif au traitement par ionisation des denrées et ingrédients alimentaires et portant modification 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 (*M.B.14.03.2002*).

- l'arrêté ministériel du 12 mars 2002 complétant l'arrêté ministériel du 16 juillet 1980 portant réglementation en matière de traitement des radiations ionisantes de denrées destinées à l'alimentation humaine ou animale. (*M.B.13.03.2002*)
Il concerne plus spécifiquement les articles 65 et 81.1 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- l'accord de coopération du 17 octobre 2002 entre l'Etat fédéral et les Régions relatif à la gestion des déchets libérés (*M.B.15.01.2003*).
Il concerne plus spécifiquement les articles 18 et 35.2 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- l'arrêté royal du 17 octobre 2003 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge (*M.B.20.11.2003*).
Cet arrêté abroge l'arrêté royal du 27 septembre 1991 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge. D'autre part, il concerne plus spécifiquement l'article 72 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- l'arrêté royal du 24 janvier 2006 portant modification 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 et fixant les mesures spécifiques en matière d'élimination de paratonnerres contenant des matières radioactives (*M.B.20.02.2006*).
Il remplace notamment l'article 64.1 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 et précise certaines choses relatives aux dispositifs de captage qui contiennent des substances radioactives.

- l'arrêté royal du 23 mai 2006 portant modification 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 (*M.B. 31.05.2006*).
Il modifie plusieurs articles de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 et le complète.

- les Directives du 7 août 2006 de l'Agence Fédérale de contrôle nucléaire pour l'utilisation d'un portique de détection de substances radioactives dans le secteur non nucléaire (*M.B. 04.09.2006*).
Ces Directives sont prises en exécution des articles 66bis, 66ter, 72bis, 72ter et 74.6, de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- le complément technique aux Directives de l'Agence Fédérale de contrôle nucléaire pour l'utilisation d'un portique de détection de substances radioactives dans le secteur non nucléaire (*M.B.* 04.09.2006).

Comme les Directives, ce complément technique est pris en exécution des articles 66bis, 66ter, 72bis, 72ter et 74.6, de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- les Directives du 12 octobre 2006 de l'Agence Fédérale de contrôle nucléaire pour l'utilisation de rayons X à des fins médicales : Dosimétrie des patients.
Elles concernent les articles 51.2.2, 51.4 et 51.6.2 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- l'arrêté royal du 17 mai 2007 portant modification 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. (*M.B.* 25.05.2007).
Il modifie plusieurs articles de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- l'arrêté du 22 mai 2007 fixant le règlement d'ordre intérieur du Jury médical visé à l'article 54.9 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 (*M.B.* 25.05.2007).
Il exécute l'article 54.9, de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- l'arrêté royal du 13 juin 2007 portant modification 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 (*M.B.* 26.06.2007).
Il exécute les articles 2 et 72ter de l'arrêté royal du 20 juillet 2001.

- Prescriptions pour le démontage et l'évacuation de paratonnerres contenant des substances radioactives.

En application de l'article 72bis du règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, L'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) a organisé une campagne visant l'évacuation des paratonnerres non autorisés ainsi que des paratonnerres autorisés qui ne font plus l'objet d'un rapport favorable d'un organisme agréé.

Les différents textes (directives, prescriptions, circulaires, ect...) élaborés par L'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) sont consultables sur son site :
<http://www.fanc.fgov.be>

- Il convient de mentionner aussi l'existence de l'arrêté royal du 20 décembre 2007 fixant les modalités de la procédure administrative simplifiée de paiement des amendes administratives instaurée par 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 (*M.B.* 24.01.2008).

Amiante

a) Texte applicables

Les principaux textes en la matière sont les suivants :

- l'arrêté royal du 23 octobre 2001 limitant la mise sur le marché et l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses (amiante).(*M.B.* 30.11.2001) ;

- l'arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante (*M.B.23.03.2006*) ;
- la loi-programme(I) du 27 décembre 2006 (Titre IV, Chapitre VI, articles 113 à 133) (*M.B. 28.12.2006*) ;
- l'arrêté royal du 11 mai 2007 portant exécution du chapitre VI, du titre IV, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 portant création d'un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (*M.B. 29.05.2007*).

b) Exposé général du cadre légal

L'arrêté royal du 3 février 1998 limitant la mise sur le marché, la fabrication et l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses (amiante) a été abrogé par l'arrêté royal du 23 octobre 2001 limitant la mise sur le marché et l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses (amiante).(*M.B.30.11.2001*)

Par l'arrêté royal du 3 février 1998 précité, la fabrication et l'utilisation d'un très grand nombre d'applications d'amiante ont été interdits, à tel point que l'on pouvait déjà véritablement parler d'une interdiction de l'amiante.

L'arrêté royal du 23 octobre 2001 impose quant à lui une interdiction générale de mise sur le marché et de l'emploi de l'amiante à partir du 1^{er} janvier 2002, à l'exception de quelques applications industrielles très spécifiques encore autorisées jusqu'au 1^{er} janvier 2005. Cet arrêté royal interdit en effet la mise sur le marché, la fabrication et l'utilisation de produits contenant des fibres d'amiante.

L'arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante (*M.B.23.03.2006*) coordonne les dispositions réglementaires relatives à l'amiante, qui se trouvaient antérieurement dans différents articles du Règlement général pour la protection au travail (RGPT). En même temps, l'arrêté ministériel du 22 décembre 1993 déterminant, dans le cadre de la lutte contre les risques dus à l'asbeste, le contenu de l'inventaire visé à l'article 148decies 2.5.2.2. du Règlement général pour la protection du travail et fixant le délai dans lequel cet inventaire doit être dressé (*M.B.02.02.1994*) y a aussi été intégré.

En outre, cet arrêté comporte les dispositions de transposition dans le droit belge de la directive 2003/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 27 mars 2003 modifiant la directive 83/477/CEE du Conseil du 19 septembre 1983 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante pendant le travail.

c) Examen plus spécifique des dispositions relatives à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante

Les grandes lignes de l'arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante (*M.B.23.03.2006*) sont les suivantes :

- Tout employeur dresse un inventaire de la totalité d'amiante et de tous les matériaux contenant de l'amiante. Cet inventaire constitue le point de départ d'un programme de gestion. Le but de ce programme est de maintenir l'exposition à l'amiante des travailleurs appartenant ou non au personnel de l'entreprise au niveau le plus bas possible.

Les entreprises de l'extérieur (comme des sous-traitants) qui doivent exercer des activités à des endroits où les fibres d'amiante pourraient être libérées doivent aussi recevoir une copie de l'inventaire.

L'arrêté du 16 mars 2006 explique ce qui doit être repris dans l'inventaire d'amiante, de quelle manière dresser l'inventaire et comment l'actualiser. Son utilisation est également expliquée. Les travaux ne peuvent débuter sans cet inventaire.

- Les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, qui sont la conséquence de l'exposition à l'amiante pendant leur travail, sont évalués, après que les mesures préventives nécessaires aient été prises. On distingue les mesures de prévention suivantes :

les mesures techniques générales de prévention ;

les mesures de prévention en cas d'exposition très limitée à l'amiante ;

les mesures techniques de prévention spécifiques lors des travaux de réparation ou d'entretien pour lesquelles on s'attend à ce que la valeur limite puisse être dépassée malgré le recours aux mesures techniques préventives ;

les mesures techniques de prévention spécifiques pour les travaux de démolition et de retrait d'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante.

La nouvelle réglementation prévoit désormais une grande protection pour les travaux impliquant une faible exposition effectués par des électriciens, des plombiers, des techniciens de conditionnement d'air, des techniciens de chauffage, des menuisiers, etc., qui peuvent être en contact avec des matériaux contenant de l'amiante par exemple en découpant, sciant, perçant ou perforant.

- L'arrêté royal de 2006 répète les dispositions d'interdiction de l'arrêté royal du 23 octobre 2001 et souligne entre autres explicitement l'interdiction de l'emploi d'outils mécaniques à grande vitesse, de nettoyeurs à jet d'eau sous haute pression, de compresseurs d'air, de disques abrasifs et de meuleuses pour usiner, découper ou nettoyer des objets ou supports en matériaux contenant de l'amiante ou revêtus de tels matériaux.

- Il y a une valeur limite de la concentration pour toutes les fibres d'amiante: 0,01 fibre par cm³.

- Le registre des travailleurs qui sont exposés à l'amiante est conservé par l'employeur pendant quarante ans à dater de la fin de l'exposition, au service interne ou externe pour la Prévention et la Protection au travail.

- Plusieurs aspects sont réglementés plus explicitement ou plus strictement qu'auparavant : comme par exemple, le port d'un équipement de protection individuelle, des périodes de repos, l'obligation d'information, le plan de travail, le contenu et les modalités des formations des travailleurs, l'application des techniques lors de la démolition et de l'enlèvement, les conseils et la concertation avec les travailleurs.

- La législation sur le travail a donc été rendue de plus en plus sévère au cours du temps pour mieux protéger le travailleur contre les risques liés à l'exposition à l'amiante.

L'arrêté royal précité de 2006 règle ainsi de manière détaillée qui peut ou doit faire quoi, et de quelle manière lorsque l'on rencontre de l'amiante.

d) Création d'un Fonds amiante pour indemniser les victimes

Toutes les personnes victimes d'une exposition à l'amiante subie en Belgique et atteintes soit d'un mésothéliome, soit d'asbestose, ou d'autres maladies déterminées par le Roi,

ainsi que les ayants droits de ces victimes, ont droit à une indemnisation depuis le 1^{er} avril 2007.

Un Fonds amiante a été créé par la loi-programme(I) du 27 décembre 2006 (articles 113 à 133) (M.B. 28.12.2006).

Ce Fonds, bien qu'instauré auprès du Fonds des maladies professionnelles, est une institution spécifique qui accorde une rente mensuelle pour les victimes d'une exposition à l'amiante et atteinte d'une maladie bien précise (mésothéliome, asbestose, ou autres maladies que le Roi doit déterminer) , ou un capital à leurs ayant droits en cas de décès.

Le Fond peut accorder une indemnité au travailleur salarié, au travailleur indépendant ou à la « victime environnementale » de l'amiante.

Un arrêté royal d'exécution a été pris : il s'agit de l'arrêté royal du 11 mai 2007 portant exécution du chapitre VI, du titre IV, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 portant création d'un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (M.B. 29.05.2007).

e) Etudes portant sur d'éventuels troubles de la santé liées à l'amiante

Le Conseil supérieur d'hygiène, appelé maintenant le Conseil supérieur de la Santé, est un organe d'avis scientifique du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, pour toutes les questions relatives à la santé publique et l'environnement. Il a émis un avis concernant les fibres céramiques réfractaires (avis n°8119 validé en mars 2007).

Il n'y a pas eu d'étude portant sur d'éventuels troubles de la santé liés à l'amiante menée durant la période de référence 2005-2006.

Cependant, comme indiqué plus haut, la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 a créé le Fonds amiante qui est opérationnel depuis le 1 avril 2007. Ce Fonds reçoit actuellement des demandes de travailleurs. Les demandes reçus à ce jour concernent surtout des travailleurs dont la maladie liée à l'exposition à l'amiante avait déjà été reconnue par le Fonds des maladies professionnelles.

Le nombre de demande étant considéré comme trop peu élevé, une campagne de sensibilisation des médecins conseils des mutuelles et des travailleurs indépendants va être mise en place.

De plus, suite à l'exigence du législateur belge qui a souhaité que toute victime de mésothéliome soit reconnue, il faut également noter qu'une commission «Mésothéliome» a été établie au Fonds des maladies professionnelles afin d'instaurer le registre officiel du mésothéliome, registre qui était auparavant tenu de manière officieuse par des Universités belges (Universiteit Antwerpen ; Katolieke Universiteit van Leuven).

Sécurité alimentaire

Amendes en cas de violation de la réglementation sur l'hygiène

Des amendes peuvent être infligées en cas de violation de la réglementation sur l'hygiène.

Les textes organisant le contrôle et les sanctions sont les suivants : (dispositions pertinentes jointes en annexe)

- Arrêté royal du 22 février 2001 organisant les contrôles effectués par l'AFSCA et modifiant diverses dispositions légales (M.B. 28/02/2001).

- Arrêté royal du 16 décembre 2002 fixant les règles de procédure et les modalités de paiement des amendes administratives suite aux contrôles effectués en exécution de la législation relative à la sécurité alimentaire et mettant en vigueur certaines dispositions de l'arrêté royal du 22 février 2001 organisant les contrôles effectués par l'AFSCA (M.B. 25/12/2002 - Ed. 1)

En vertu de ces textes, le commissaire aux amendes administratives de l'AFSCA, sur base des procès-verbaux de constatation d'infraction dressés conformément à l'arrêté royal du 22 février 2001 organisant les contrôles effectués par l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire et modifiant diverses dispositions, peut proposer une amende administrative au contrevenant, après avoir mis celui-ci en mesure de présenter ses moyens de défense. Si l'examen des moyens de défense fait apparaître la nécessité d'une enquête complémentaire, le dossier complet est envoyé au procureur du Roi. Le contrevenant en est averti.

Dans les autres cas, après examen des moyens de défense, le commissaire aux amendes administratives adresse au contrevenant, par lettre recommandée à la poste, dans les trente jours de la réception de ses moyens de défense, une proposition définitive et motivée d'amende administrative, munie d'un bulletin de virement ou de versement et précisant que l'amende doit être payée dans un délai de trente jours à dater de son envoi.

Le paiement de l'amende administrative éteint l'action publique.

En cas de non-paiement de l'amende administrative, le procès-verbal est transmis au procureur du Roi.

Si aucune proposition d'amende administrative n'est faite, le procès verbal est transmis au Procureur du Roi en vue d'éventuelles poursuites pénales.

Le montant de l'amende administrative ne peut être inférieur, pour les contraventions, à la moitié du minimum ni excéder le maximum de l'amende fixée pour l'infraction.

Le montant de l'amende administrative ne peut être inférieur, pour les délits, à 25 euros ni supérieur à 5.000 euros.

En cas de concours d'infractions, les montants des amendes peuvent être additionnés sans que le montant total ne puisse dépasser le double du

maximum de l'amende la plus élevée. Cette disposition n'est pas applicable aux infractions délictuelles.

Le montant des amendes administratives est majoré des décimes additionnels qui sont d'application aux amendes prévues par le code pénal.

L'employeur est civilement responsable du paiement de l'amende proposée à son préposé.

En ce qui concerne l'existence dans la législation belge de règles spécifiques concernant les normes liées aux personnes employées dans les secteurs comportant un risque pour la santé au sein de la chaîne alimentaire et plus précisément l'existence d'un examen médical :

L'arrêté royal du 17 mars 1971 soumettant à examen médical toutes les personnes directement en contact, dans l'activité qu'elles exercent, avec des denrées ou substances alimentaires et pouvant souiller ou contaminer celles-ci (*M.B.30/04/1971*) prévoit que « *le travail et la manipulation à des fins commerciales des denrées ou substances alimentaires sont interdits aux personnes qui pourraient les souiller ou les contaminer, notamment les personnes* » :

1° atteintes ou présumées atteintes de fièvre typhoïde, paratyphoïde ou d'autres salmonelloses, de dysenterie, de staphylococcie ou de streptococcie;

2° porteuses de germes qui engendrent ces maladies;

3° présentant des symptômes cliniques décelables d'hépatite infectieuse;

4° atteintes ou présumées atteintes de tuberculose contagieuse;

5° atteintes ou présumées atteintes d'une maladie contagieuse de la peau ». (art.1^{er})

Toutes les personnes qui participent, à des fins commerciales, à la production ou à la distribution des denrées ou substances alimentaires qui sont directement en contact avec celles-ci, doivent faire constater annuellement l'absence de tuberculose contagieuse. Cet examen sera, en cas de besoin, appuyé par un document radiophotographique ou radiographique de grand format, délivré dans un dispensaire antituberculeux ou par un médecin de son choix. (art.2)

Lorsque des raisons sérieuses peuvent faire croire aux agents habilités à contrôler l'application des dispositions de l'arrêté royal du 17 mars 1971 et à constater les infractions que les personnes qui participent, à des fins commerciales, à la production ou à la distribution des denrées ou substances alimentaires qui sont directement en contact avec celles-ci se trouvent dans un des 5 cas précités (cas visées à l'art.1^{er} de l'arrêté royal de 1971), ou lorsque l'examen des denrées et substances alimentaires manipulées ou préparées par ces personnes a révélé l'existence de germes engendrant une des maladies énumérées à l'article 1er, lesdits agents sont tenus d'en aviser l'inspecteur

d'hygiène du ressort, afin que le Ministre puisse ordonner aux personnes intéressées de se soumettre à un examen médical. (art.3)

Les personnes ayant subi l'examen médical seront tenues de fournir à l'inspecteur d'hygiène, un protocole de l'examen médical prouvant soit qu'elles ne se trouvent pas ou qu'elles ne se trouvent plus dont l'un des cas prévus à l'article 1er, soit qu'elles ne sont pas porteuses des germes pathogènes identifiés dans les denrées ou substances alimentaires.

Ce protocole, accompagné des observations de l'inspecteur d'hygiène, est transmis au Ministre. (art.4)

L'arrêté royal précité du 17 mars 1971 est en cours de révision.

L'arrêté royal du 22 décembre 2005 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires (M.B. 30/12/2005) prescrit en son annexe Ière. - Dispositions générales d'hygiène pour tous les exploitants du secteur alimentaire (sauf lorsque l'annexe Ire du règlement (CE) n° 852/2004 du 29 avril 2004 précité est applicable) que les personnes impliquées dans la production, le traitement, la transformation et la manipulation de denrées alimentaires doivent prouver au moyen d'un certificat médical que rien n'empêche leur emploi dans ce secteur.

L'AFSCA exige donc une attestation médicale sur base des arrêtés royaux précités du 17 mars 1971 et du 22 décembre 2005.

Ces texte imposent une surveillance médicale et cette surveillance peut être exercée par le médecin du travail en application de l' arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs. (M.B. 16/06/2003). Ainsi le travailleurs se trouve également sur un poste à risque. L'arrêté royal précité du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs impose notamment à l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour que les travailleurs qui occupent un poste de sécurité, un poste de vigilance ou qui exercent une activité à risque défini ou une activité liée aux denrées alimentaires, soient soumis obligatoirement à la surveillance de santé et pour que l'exécution de cette surveillance de santé se déroule conformément aux prescriptions de l'arrêté.(art.4)

En outre, les personnes qui occupent un poste de travail dans le cadre de la chaîne alimentaire peuvent être exposées à un risque d'agent biologique (bactérie, parasites, virus...), de sorte que l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail (M.B.1/10/2006) s'applique aussi.

Quant l'étiquetage, la réglementation principale se compose des textes suivants:

- l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées (M.B. 29/10/1999).
- l'arrêté royal du 13 janvier 2006 établissant une liste des substances ou ingrédients alimentaires provisoirement exclus de l'annexe, point IIIbis, de l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées (M.B. 03/02/2006).

- l'arrêté royal du 13 février 2005 modifiant l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées (*M.B.* 11/03/2005) et qui transpose la directive européenne 2003/89 relative à l'indication obligatoire des ingrédients allergènes dans l'étiquetage.

Un exemplaire de ces arrêtés est joint en annexe.

Les producteurs de denrées alimentaires préemballées doivent désormais répondre aux nouvelles exigences en matière d'étiquetage définies dans la législation relative aux allergènes, entrée en vigueur le 25 novembre 2005.

La principale nouveauté de cette réglementation est l'obligation d'indiquer sur l'étiquette, 12 groupes d'allergènes potentiels s'ils sont utilisés comme ingrédients dans les produits préemballés et quelle que soit leur quantité (sauf pour le sulfite dont la quantité minimale est de 10 mg/kg ou 10 ml/litre).

Ces 12 groupes sont: les céréales contenant du gluten, le poisson, les crustacés, les oeufs, les cacahuètes, les fruits à coque (les différentes variétés de noix), le soja, le lait et les produits laitiers (y compris, le lactose), le céleri, la moutarde, les graines de sésame et les sulfites. Ces produits et certains de leurs dérivés sont responsables de plus de 90 % de l'ensemble des réactions adverses aux aliments.

Cependant, pour tenir compte de la possibilité que certains dérivés d'allergènes alimentaires connus ne soient pas susceptibles de provoquer une réaction allergique ou une intolérance, cette même réglementation prévoit également des exceptions à cette disposition.

Afin de constituer une liste de produits pour lesquels la nouvelle obligation d'étiquetage ne s'applique pas, la Commission européenne a chargé l'Autorité européenne de Sécurité des Aliments (AESA) d'évaluer plusieurs demandes de firmes agro-alimentaires. Après une évaluation scientifique des dossiers, différentes substances ne sont provisoirement plus soumises aux obligations d'étiquetage ; il s'agit de certaines substances bien précises dérivées de céréales contenant du gluten (comme le sirop de glucose à base de blé comprenant du dextrose), de substances à base d'œufs (comme le lysozyme utilisé dans le vin), de substances à base de poisson, de soja, de lait, de fruits à coque, de céleri et de moutarde. Ces substances se retrouvent dans l'arrêté royal du 13 janvier 2006 établissant une liste des substances ou ingrédients alimentaires provisoirement exclus de l'annexe, point III**bis**, de l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées.

La liste des ingrédients alimentaires allergéniques figurant en annexe de la directive et de l'arrêté royal belge sera réexaminée et mise à jour comme il se doit, en tenant compte des connaissances scientifiques les plus récentes.

La directive 2003/89/CE est entrée en vigueur le 25 novembre 2003. Les États membres disposaient d'une année, soit jusqu'au 25 novembre 2004 pour transposer les dispositions de cette directive dans leurs législations nationales. A partir de cette date, les fabricants disposaient d'une année supplémentaire pour faire en sorte que leurs étiquettes soient en conformité totale avec ces règles, ce qui signifie que les produits commercialisés devaient respecter la nouvelle réglementation à compter du 25 novembre 2005.

Toutefois, la directive prévoit que les produits mis sur le marché ou étiquetés avant cette date pourront être vendus jusqu'à épuisement des stocks. En d'autres termes, il est

possible que des consommateurs trouvent encore dans les rayons des produits qui ne répondent pas aux nouvelles exigences réglementaires du fait qu'ils ont été produits avant le 25 novembre 2005.

L'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire assurera le contrôle des dispositions prévues afin de garantir un niveau élevé d'information et de protection à tous les consommateurs, et en particulier les consommateurs les plus fragilisés qui souffrent d'allergies ou d'intolérances alimentaires.

Quelles mesures d'urgence sont prévues, outre les écoles, pour faire face aux épidémies ?

Dans le cadre de la prise en charge sanitaire des personnes touchées par une catastrophe, le SPF a développé un plan d'intervention psycho-social qui complète le plan d'intervention des secours médicaux (PIM) en cas d'urgence collective. L'aide psychosociale et l'aide médicale sont les deux composantes de la Discipline 2 du Plan d'Urgence et d'Intervention. À ce titre, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a développé un Plan d'Intervention Psychosociale (PIPS). Le PIPS constitue un modèle fédéral de prise en charge des besoins psychosociaux des personnes impliquées pendant et après une urgence collective. Par personnes impliquées, nous entendons les blessés, les non-blessés, leurs proches, les témoins et éventuellement d'autres groupes touchés.

- Création d'une dispatching d'aide médicale urgente et de vigilance sanitaire.

La loi-programme du 9 juillet 2004 crée sous l'autorité du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions une cellule de dispatching d'aide médicale urgente et de vigilance sanitaire.

La création de cette cellule répond directement à un double objectif d'efficacité et d'efficience en terme de santé publique qui est :

1. d'œuvrer à la diminution de la mortalité et de la morbidité des patients victimes d'une pathologie pour laquelle une action urgente doit être entreprise à la suite d'un appel au secours;
2. de donner à chaque situation d'urgence médicale la réponse la plus adaptée au besoin identifié compte tenu des moyens disponibles.

Ces deux objectifs impliquent que tant au niveau du traitement des appels qu'au niveau de l'analyse et du monitoring des risques, il existe une expertise médicale opérationnelle garantie par le Ministre de la Santé Publique pour tout le territoire, 24 heures sur 24 et qui s'intègre dans les structures fédérales de gestion des secours.

- Dans le cadre de la préparation des autorités de santé publique d'assurer la réponse la plus appropriée au situation de risques sanitaires prévisibles, deux plans spécifiques viennent compléter les plans génériques exposés ci-dessus :

Le plan influenza qui vise à apporter une réponse à une probable pandémie de grippe. Ce plan a justifié la mise en place par le gouvernement d'un commissariat interministériel qui permet d'intégrer les dimensions plurisectorielles des répercussions d'une pandémie tant sur le plan sanitaire que socio-économique.

Le plan « vagues de chaleur et pics d'ozone » qui entend éviter les répercussions sanitaires de ces risques sur la santé comme cela fut le cas en Europe pendant l'été 2003. Le plan inclut des mesures d'informations et d'alerte des différents acteurs et des mesures préventives pour éviter les conséquences sanitaires des vagues de chaleur et pics d'ozone sur la population et en particulier les plus défavorisés.

- Par ailleurs la sécurité civile a également été réorganisée (loi du 15 mai 2007) afin d'améliorer la performance des services de secours d'urgence en ce compris un appui aux secours médicaux.

Communauté française.

Politiques de prévention des risques évitables.

Lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie.

Tabagisme-Alcoolisme-Toxicomanie.

a) Cadre général : la prévention des assuétudes dans un approche de promotion de la santé.

- La prévention des assuétudes et la réduction des risques en matière d'usage de psychotropes en Communauté française se situe dans une approche globale et ne vise le plus souvent ni un produit en particulier, ni les produits illicites exclusivement (excepté certaines actions de réduction des risques). Il est aussi question des dépendances « sans produit psychotrope » (internet, GSM, sexualité, jeux,....)

b) Populations cibles.

- La petite enfance, les jeunes en âge scolaire et les jeunes adultes via les professionnels relais de l'école (chefs d'établissements, enseignants, éducateurs...) ou d'autres lieux d'accueil et de vie (AMO, maisons de jeunes, maisons de quartiers, clubs sportifs, etc.) et via les parents et les familles.
- La population générale et les mandataires publics.
- Les populations d'usagers de drogues occasionnels ou réguliers via des actions spécifiques de réduction des risques : actions dans les différents milieux de vie (notamment les milieux festifs et les prisons) (cfr .ci-après)
- Les parents consommateurs de drogues.

C) Les stratégies.

- **Accueil et orientation**
- **Formation d'adultes visant de manière générale les adultes (professionnels ou non) côtoyant les jeunes dans différents milieux de vie, mais également des professionnels et des non professionnels s'adressant à d'autres catégories de population.**
- **Interventions, accompagnements de projets et/ou d'équipes dans les établissements et services des secteurs scolaires, de la santé et du social, de l'enfance, des loisirs, de l'aide à la jeunesse, de la justice etc.**
- **Elaboration et mise à disposition des démarches et d'outils de promotion de la santé y compris en matière de réduction des risques (cfr. ci-après)**
- **Mise à disposition d'information et de documentation au sein des services spécialisés et dans les CLPS.**

- Concertation et plates-formes aux niveaux local, régional, communautaire et international
- Réduction des risques (RDR) : distribution et échange des seringues, diffusion accompagnée de brochures et conseils de RDR, testing des pilules, formation es-pairs, etc. (cfr.infra)

d) Actions dans les milieux de vie.

Les milieux de vie et secteurs d'activités concernés sont notamment : les lieux d'accueil de la petite enfance, les écoles, les quartiers, le secteur des loisirs (les maisons de jeunes, les clubs sportifs...); le secteur de l'aide à la jeunesse en milieux ouverts ou fermés. La prévention des assuétudes dans les milieux de vie se situe comme énoncé ci-dessus dans une approche globale de promotion de la santé (accompagnements d'équipes, élaboration de projets, formation, information). Elle fait intervenir l'ensemble des acteurs de première ligne (directeurs d'établissements, enseignants, éducateurs, PSE, CPMS, TMS, animateurs, parents, etc.), les associations de prévention des assuétudes et les acteurs locaux (dont les CLPS).

Afin de renforcer et coordonner les actions existantes en matière de prévention des assuétudes dans les écoles, des points d'appui « assuétudes » (PAA) ont été créés en septembre 2007 dans chaque CLPS. Ils agiront comme des interfaces entre les différents acteurs scolaires et les acteurs de prévention des assuétudes.

e) La réduction des risques.

La réduction des risques est une stratégie de santé publique visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de psychotropes. La réduction des risques concerne tous les usages qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Cette stratégie est utilisée pour les substances illicites et pour les substances « légales » comme l'alcool et le tabac.

Les groupes cibles sont notamment :

- Les utilisateurs de drogues par injection ;
- Les consommateurs de cannabis ;
- Les utilisateurs de drogues en milieux festifs ;
- Les utilisateurs de drogues en prison ;
- Les intervenants spécialisés ou non en toxicomanies.

Objectifs généraux : promouvoir la santé des usagers de drogues, promouvoir leur responsabilisation, réduire leurs risques de santé et réduire leur exclusion sociale (ou le risque d'exclusion sociale), offrir des alternatives aux comportements à risque et renforcer les mesures de réduction des dommages causés par l'usage de drogues (en ce compris vis-à-vis de l'environnement familial, proche, de quartier en général).

Objectifs opérationnels

- Accessibilité de l'information ;
- Accessibilité du matériel stérile d'injection ;
- Relais vers les structures d'aide et de soins ;
- Prévention par les pairs, formation ;
- Intervention dans les lieux festifs tant auprès des participants que des tenanciers de lieux de divertissements ;
- Testing en milieux festifs et participation à l'Early Warning System/Système d'Alerte Précoce.

f) Le Sous-point focal

Eurotox a été choisi comme Sous-point focal du réseau Reitox et observatoire socio-épidémiologique alcool/drogues. Cette mission se situe dans le cadre des obligations de la Communauté française vis-à-vis de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Au-delà des missions OEDT, l'asbl Eurotox recueille d'autres données qu'elle met en lien à destination des pouvoirs publics et des acteurs en Communauté française (morbidité, données sur les consommations, données sur les politiques développées, données sur des projets, des initiatives de promotion de la santé etc.)

g) Le Plan national Alcool

Parmi les activités de concertation développées à différents niveaux, la Communauté française participe à l'élaboration de Plan national Alcool dans le cadre de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues qui réunit les différentes entités de l'Etat. De plus, une cohérence sera recherchée dans la définition et l'opérationnalisation du Plan national Alcool.

En région wallonne.

Des informations sur les différentes thématiques peuvent être trouvées sur le site : <http://environnement.wallonie.be> et notamment sur la partie ayant trait aux rapports annuels sur l'état de l'environnement. Un chapitre de ces rapports est d'ailleurs consacré aux relations santé-environnement.

Pollution atmosphérique.

Le Plan Air-Climat adopté le 14 mars 2008 par le Gouvernement wallon, regroupe les politiques et mesures concrètes que la Région wallonne entend mener pour améliorer la qualité de l'air (lutte contre les pollutions) et pour contribuer à l'effort global de lutte contre les changements climatiques.

Il est organisé en trois volets :

Le premier volet (chapitres 1 à 4) présente le contexte et les principaux enjeux. Quelle est la situation, quels mécanismes sont à l'œuvre, pourquoi est-il essentiel d'agir ?

Le deuxième volet (chapitre 5) est le cœur du plan. Secteur par secteur, il comprend un diagnostic plus détaillé et, surtout, les actions que la Région a déjà entreprises ou compte mettre en œuvre en faveur d'un air plus pur et d'un climat plus serein.

Le troisième volet regroupe des informations utiles mises en annexes de manière à ne pas alourdir les deux premiers volets.

Outre les mesures envisagées dans le plan wallon Air-Climat, un programme d'actions spécifique en cas de pics de pollution par les poussières fines a récemment été adopté. Celui-ci prévoit une uniformisation des procédures d'alerte au niveau belge et différents types d'interventions en fonction du niveau de pollution (limitation de la vitesse sur les autoroutes, limitation de certaines activités industrielles.....)

Le Gouvernement wallon a également adopté le 25 mars un arrêté portant sur un programme de réduction progressive des émissions de SO₂, NO_x, COV et NH₃, les NO_x et les COV étant des précurseurs d'ozone.

De plus, un Arrêté du Gouvernement wallon daté du 3 juillet 2008 (M.B.25.07.2008) porte organisation de l'Agence wallonne de l'Air et du Climat. L'article 3 de cet arrêté reprend les missions de cette agence. Dans le point 6 des missions il est question de santé humaine. Cette agence a aussi pour mission d'instaurer un guichet unique « Air/Climat » afin d'assurer l'information, la sensibilisation, la formation du public et des institutions concernées par la problématique de la pollution de l'air et des changements climatiques et de développer des campagnes de sensibilisation et d'information visant à renforcer l'engagement des citoyens à contribuer aux mesures et actions diminuant la pollution atmosphérique.

L'Agence s'efforce de contribuer à ce que l'action régionale soit cohérente avec l'objectif de lutte contre la pollution de l'air et des changements climatiques. Ainsi, dans son implantation et dans ses achats, elle s'efforce d'accorder la priorité aux solutions les moins polluantes.

La Région wallonne a créé un site Internet spécifique : air.wallonie.be où des informations complémentaires peuvent être obtenues notamment sur la qualité de l'air en Wallonie et qui permet entre autres la consultation des concentrations en polluants enregistrés aux stations de mesures et extrapolées à l'ensemble du territoire wallon.

Il existe aussi le site Internet de CELINE(www.irceline.be) qui renseigne sur les concentrations en temps réel de particules fines et d'ozone.

Enfin, les Services d'Analyse des Milieux Intérieurs (SAMI) qui dépendent des provinces, ont pour mission de se rendre, à la demande d'un médecin et gratuitement, au domicile des patients présentant un problème de santé susceptible d'être lié à l'habitat.

Pollution de l'Eau.

La réglementation wallonne relative à l'eau est reprise dans le livre II du code de l'environnement

(<http://environnement.wallonie.be/aerw/dgrne/index.htm>)

En particulier, la Directive 2006/7/CE a été transposée en droit régional par l'AGW du 14 mars 2008 modifiant le Livre II du Code de l'Environnement contenant le Code de l'Eau et relatif à la qualité des eaux de baignade.

La région wallonne met actuellement en œuvre un vaste programme d'amélioration et de maintien de la qualité de ses eaux de baignade dans le cadre des études de zone réalisées par les organismes d'assainissements agréés. Ce programme vise notamment :

- **A doter chaque site de baignade d'une zone de protection (zone amont) ;**
- **A épurer prioritairement les eaux usées des habitations dans les agglomérations situées en amont des zones de baignade ;**
- **A imposer, pour toutes les habitations et infrastructures touristiques situées dans cette zone amont, l'installation d'un système d'épuration ;**
- **A imposer la désinfection des eaux usées traitées (pour les systèmes d'épuration installés d'une capacité supérieure à 20 équivalents-habitants (EH)) ;**
- **A interdire l'accès du bétail aux cours d'eau dans les zones de protection (installation de clôtures et d'abreuvoirs).**

Les nitrates qui ont été longtemps incriminés comme contaminants de l'eau, dangereux pour la santé sont visés par

de nombreux arrêtés assez récents de façon à diminuer ce risque (voir annexe au rapport) .

Pour enrayer l'augmentation des teneurs en nitrate dans les eaux, la Région wallonne a lancé en 2002 un premier programme de gestion durable de l'azote en agriculture (PGDA). Ce programme a été modifié en 2007. Il fixe notamment les quantités d'azote produites par le type de bétail, les conditions de stockage de l'azote organique à la ferme ainsi que les normes d'épandage sur les sols agricoles selon le type de couvert végétal et la vulnérabilité du milieu.

Le dispositif permet un transfert d'un agriculteur plus intensif vers un autre par la conclusion de contrats de valorisation afin de permettre une meilleure répartition des fertilisants organiques au niveau de la Wallonie. Une bourse d'échange d'engrais de ferme a été mise en place et une structure composée de représentants des opérateurs de l'eau, des agriculteurs et du monde scientifique a été créée pour accompagner les agriculteurs dans cette démarche (plus d'information sur :www.nitrawal.be)

La surveillance systématique des teneurs en nitrate dans les nappes d'eau souterraine est organisée en Région wallonne depuis 1994 : un programme de surveillance, appelé « survey nitrate », a été mis en place de la directive 91/676/CEE relative à la protection des eaux contre la pollution par les

nitrate d'origine agricole. Les résultats issus du *survey nitrate*, permettent, d'une part, d'identifier les aquifères les plus affectés par ce type de pollution et, d'autre part, de contrôler l'efficacité à terme des mesures contenues dans le programme de gestion durable de l'azote en agriculture (PGDA).

La majorité des analyses sont réalisées par les exploitants de prises d'eau potabilisable, tandis que l'Institut Scientifique de Service Public (ISSeP) complète l'acquisition des données dans les nappes à risque et moins exploitées (Sables thanétiens, Crétacé du Pays de Herve.....). L'ensemble constitue un réseau représentatif de 969 points répartis sur le territoire wallon. Le contrôle comprend au minimum trois analyses par an mais leur fréquence peut être augmentée en fonction de la population desservie (une analyse par mois pour les galeries de Hesbaye p.ex.) L'ensemble des données est transmis à la DGARNE (base de données CALYPSO) qui pratique ensuite une validation des informations reçues.

Il existe une société publique de gestion de l'eau (SPGE :<http://www.spge.be>) depuis 1999. La Société Publique de Gestion de l'Eau (SPGE) est une société anonyme de droit public mise en place par la Région wallonne. Sa mission essentielle est d'assurer la coordination et le financement du secteur de l'eau en Wallonie. En concertation avec les autres partenaires de l'eau, elle s'occupe prioritairement de l'assainissement des eaux usées résiduelles et de la protection des captages d'eau souterraine. Elle a une série d'autres rôles comme celui de veiller à ce que nous ayons des eaux de baignades saines.

Il existe aussi des actions complémentaires (notamment d'information et de sensibilisation) dans les programmes de mesures des plans de gestion des districts hydrographiques érigés par la directive 2000/60/CE (+ masse d'eau à risque- plus d'info sur <http://eau.wallonie.be>)

Pollution des sols

Le schéma général de gestion des sites potentiellement pollués en Région wallonne peut être décrit comme suit. Pour les dossiers d'assainissement dits « volontaires » qu'il s'agisse de stations-service ou de sites soumis à la législation relative aux déchets, les rapports d'études et les actes techniques sont exécutés par des bureaux d'études et soumis à l'approbation de l'OWD. Pour les sites soumis à la législation relative aux déchets, l'OWD soumet un projet d'arrêté ministériel de réhabilitation au Ministre de l'Environnement, après consultation des administrations ou services compétents. Pour les SAR faisant l'objet de subventions publiques, une étude d'orientation comprenant une étude historique du site et l'analyse de quelques échantillons de sol est menée par le CHST et l'ISSeP.

Trois situations peuvent se présenter :

- Si, sur base de l'étude d'orientation, le risque pour la santé et l'environnement est négligeable, la DGATLPE gère directement le réaménagement du site sans précaution particulière ;
- Si, sur base de l'étude d'orientation, le risque est non négligeable, la DGATLPE poursuit son programme de

réaménagement tant que le coût de dépollution reste inférieur à 25% du coût total des travaux de réaménagement prévus ;

- En cas de risque élevé ou lorsque les coûts de dépollution dépassent le critère mentionné, la SPAQuE réalise les études (études de caractérisation et de faisabilité) et la conception du cahier des charges pour les travaux d'assainissement. Un arrêté ministériel de réhabilitation donne mission à la SPAQuE d'entamer les travaux). Le risque est notamment définie sur base de normes intégrant des seuils toxicologiques de référence.

Par ailleurs, il existe une banque de données WALSOLS, consultable en ligne qui reprend les données relatives aux SAED issues de l'inventaire actualisé de l'ex DGATLP/SPAQuE, ainsi que celles relatives à d'autres types de sites (décharges, CET, dépôts de pneus, sites issus du plan des CET de 1998.....)

Ce sont en tout 4643 sites qui y sont répertoriés.

Le volume de données disponibles est très variable d'un site à l'autre, selon le stade d'étude : visite de terrain, étude historique, étude d'orientation, étude de caractérisation, faisabilité de l'assainissement, assainissement achevé.

Plus d'infos sur www.walsols.be

En 2006, le Gouvernement wallon a identifié une liste de SAED prioritaires en termes de réhabilitation et a, par ailleurs, confié à la SPAQuE l'élaboration et la validation d'un outil d'évaluation du risque sanitaire lié aux sites pollués. Dans ce cadre, le Gouvernement wallon a également défini une procédure de communication et de gestion du risque en matière de santé-environnement. Par ailleurs, toujours en 2006, le Gouvernement conjoint de la Région wallonne et de la Communauté a défini une arborescence décisionnelle en matière de santé environnementale. L'application du processus décisionnel a été confiée respectivement par le Gouvernement wallon et le Gouvernement de la Communauté française à une task force environnement santé dans l'attente de l'approbation d'un Programme d'Actions Régionales Environnement Santé.

En outre, des études particulières sont menées et font l'objet de communication spécifique. Par exemple la qualité des légumes des potagers de Marchienne-au-Pont a fait l'objet d'une étude par la SPAQuE, baptisée LEGUMAP.

Il existe aussi un réseau de poussières sédimentables (poussières+polluants) autour du principales sources émettrices.

En communauté française.

En communauté française, la vaccination est une des priorités reprises dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.

([http:// www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be))

Vaccinations.

En Belgique, les Communautés, compétentes en matière de promotion de la santé et de prévention, sont chacune chargées d'établir leur propre politique de vaccination. Le Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH) du Service public « Santé publique » veille à la coordination scientifique des programmes des deux Communautés. Il recommande chaque année un calendrier vaccinal de base officiel.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est également obligatoire en Belgique depuis 1967. D'autres vaccinations sont fortement recommandées par les autorités sanitaires du pays.

La Communauté française s'aligne sur les recommandations scientifiques formulées par la section vaccination du Conseil Supérieur d'Hygiène (CSH) du Service public « Santé publique », et en particulier sur le calendrier vaccinal de base officiel, actualisé chaque année. Scientifiques, experts universitaires et acteurs de terrain de la Communauté française élaborent ensemble les recommandations qui permettront à la Direction générale de la santé de la Communauté française d'établir un programme de vaccination, entériné par le ministre communautaire en charge de la Santé et recommandé à la population.

Les recommandations suivies visent aujourd'hui à vacciner le plus grand nombre possible des enfants et des adolescents âgés de 2 mois à 18 ans contre onze maladies qui sont la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la

coqueluche, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B, ainsi que les maladies provoquées par l'*Haemophilus influenzae* de type b, le méningocoque du groupe C et le pneumocoque.

Article 12 – Droit à la sécurité sociale

ARTICLE 12§1.

*En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent :
à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale :*

Evolution depuis le dernier rapport.

I ASPECTS GENERAUX / FINANCEMENT

Arrêté royal du 1er février 2005 pris en exécution de l'article 2, § 2, alinéa 4, de la loi du 20 décembre 1999 visant à octroyer un bonus crédit d'emploi sous forme d'une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale aux travailleurs salariés ayant un bas salaire et à certains travailleurs qui ont été victimes d'une restructuration et modifiant l'arrêté royal du 17 janvier 2000 pris en exécution de l'article 2 de la loi du 20 décembre 1999 visant à octroyer une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale aux travailleurs salariés ayant un bas salaire et à certains travailleurs qui ont été victimes d'une restructuration (M.B.22/02/05)

Cet arrêté royal adapte les montants dans le cadre du bonus à l'emploi dans le but de renforcer la diminution des cotisations des travailleurs ayant un bas salaire. Cet arrêté baisse, d'une part les plafonds les plus bas qui bénéficient de la réduction maximale et d'autre part augmente les plafonds les plus hauts pour étendre l'octroi de cette réduction.

Arrêté royal du 12 avril 2005 modifiant l'arrêté royal du 15 mars 1993 pris en exécution du chapitre II du titre III de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, relatif à l'instauration d'une cotisation annuelle à charge des sociétés, destinée au statut social des travailleurs indépendants (M.B. du 26/04/2005)

Cet arrêté a fixé le montant de la cotisation à charge des sociétés pour l'année 2005

- soit à 347, 50 EUR si le total du bilan de l'avant-dernier exercice comptable clôturé de la société est inférieur ou égal à 532.022,59 EUR,
- soit à 852, 50 EUR si le total de son bilan de l'avant-dernier exercice comptable clôturé de la société excède 532.022,59 EUR

Loi du 3 juillet 2005 portant des dispositions diverses relatives à la concertation sociale (M.B., 19 juillet 2005)

Un Fonds visant à promouvoir l'accès au travail des personnes handicapées est créé au sein de l'Office national de sécurité sociale. Les primes uniques à l'innovation sont exclues de la notion de rémunération. Le recouvrement amiable des cotisations de sécurité sociale est favorisé.

Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (M.B., 29 août 2005)

Cette loi prévoit des droits et obligations pour les volontaires. En matière d'assujettissement à la sécurité sociale, les indemnités accordées aux volontaires ne sont pas considérées comme de la rémunération si les frais sont réels et prouvés ou forfaitaires et ne dépassant pas certains seuils.

Loi-programme du 11 juillet 2005 (M.B., 12 juillet 2005)

Est instaurée une cotisation spéciale de solidarité de 12,5% pour les étudiants occupés 23 jours en dehors des mois de juillet-août et septembre et qui ne sont pas soumis au régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés.

Loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B., 31 janvier 2006)

La loi prévoit entre autre la possibilité pour le Roi d'augmenter la cotisation patronale pour le congé-éducation payé de 0,05% lorsque l'augmentation des efforts des entreprises en matière de formation n'atteint pas 1,9% de la masse salariale totale des entreprises du secteur privé.

Loi-programme du 27 décembre 2005 (M.B., 30 décembre 2005)

Cette loi-programme prévoit une série de mesure en matière de sécurité sociale, dont notamment des mesures visant à lutter contre la fraude sociale et l'usage impropre de la réglementation, et d'autres visant à une meilleure perception des cotisations de sécurité sociale.

Loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses (M.B., 30 décembre 2005)

Cette loi renforce l'arsenal juridique pour une meilleure perception des cotisations de sécurité sociale.

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 28 décembre 2006, Ed.3)

Cette loi comporte plusieurs volets

Occupation de travailleurs étrangers

Un système électronique de monitoring et de contrôle devant être mis en oeuvre pour chaque type d'occupation d'étrangers en Belgique, la déclaration facultative de droit social existante pour les employeurs étrangers est revue en profondeur, et désormais la déclaration est rendue obligatoire, afin que tous les types d'occupation d'étrangers en Belgique soient couverts.

Pécule simple de sortie

Des cotisations ordinaires de sécurité sociale seront dues sur la partie du pécule de vacances de sortie des employés qui correspond à la rémunération normale des jours de vacances - appelée le 'pécule simple de sortie'. Le système du pécule de sortie est aussi étendu aux différentes situations de modification du régime de travail d'un employé.

Indemnisation de dommages résultant de soins de santé

Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (M.B. 6 juillet 2007)

Loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (M.B. 6 juillet 2007)

Un Fonds des accidents thérapeutiques a été créé et un système qui garantit aux victimes une indemnisation à la fois plus rapide et plus simple a été mis en place.

L'idée novatrice de ce nouveau système est que la condition primordiale de l'indemnisation n'est plus la présence d'une faute et d'un lien de causalité entre le dommage et la faute, mais la présence d'un dommage lié à une prestation de soins.

L'indemnisation de la victime est donc accordée pour tout accident lié à une prestation de soins.

II SOINS MEDICAUX

Fonds spécial de solidarité

Loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. 20 mai 2005)

Cette loi adapte le dispositif relatif au Fonds spécial de solidarité afin qu'il réponde davantage aux besoins de la population. Ainsi, les conditions d'intervention du Fonds sont élargies aux situations dignes d'intérêt :

- Elargissement des conditions d'intervention du Fonds spécial de solidarité de manière à ne plus seulement couvrir des maladies rares et des prestations exceptionnelles: il s'agit de prendre en charge aussi des prestations non exceptionnelles dans le cadre d'une indication rare, dans le cadre du traitement d'affections rares, des prestations non coûteuses en tant que telles mais dont la fréquence et la complexité rendent les soins très coûteux,
- Intervention du Fonds pour des prestations relevant de techniques médicales innovantes qui ne sont pas encore intégrées dans la nomenclature des prestations de santé remboursables,
- Assouplissement de l'accès au Fonds pour enfants de moins de 19 ans, lequel présente la particularité de prendre en considération tous les frais médicaux, en ne posant plus comme exigence d'entrée dans la prise en charge par le Fonds que les 650 euros de frais supplémentaires portant sur une même année civile, et en prévoyant que la demande d'intervention du Fonds peut être initiée par d'autres intervenants que le médecin-conseil de la mutualité (ex. : service social).

Médicaments

Loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. 20 mai 2005)

Pour lutter contre l'explosion des dépenses, des mesures sont prises visant à permettre à l'assurance maladie de payer le meilleur prix pour le traitement adéquat. L'objectif

général des mesures est de maintenir un système de soins de santé qui peut encore se payer des innovations en matière de médicaments.

- Elargissement du système du remboursement de référence de manière systématique à tous les dosages et à toutes les formes d'administration du principe actif repris dans le remboursement de référence ;
- Augmentation du pourcentage de diminution de la base de remboursement de 26% à 30% à partir du 1^{er} mai 2005 ;
- Elargissement du remboursement de référence dans le cadre d'une procédure par classe au niveau de la Commission de remboursement des médicaments à des spécialités contenant d'autres substances actives mais dont les indications sont identiques ou analogues ;
- Le remboursement de référence peut également être étendu dans le cadre d'une procédure par classe au niveau de la Commission de remboursement des médicaments à des spécialités contenant d'autres substances actives mais dont les indications sont identiques ou analogues.
- Le Ministre peut refuser une demande de suppression ou admettre au remboursement une spécialité pharmaceutique et ce, pour des raisons de santé publique ou de protection sociale ;
- Les organismes assureurs peuvent informer le patient ainsi que le prescripteur des conséquences financières du choix d'un médicament prescrit ;
- Plusieurs possibilités sont ajoutées à la procédure de «révisions par groupes» de la Commission de remboursement des médicaments :
 - une consultation du marché sur base du prix peut être organisée pour un groupe de médicaments et mener à un remboursement différencié en fonction des propositions reçues ;
 - si la Commission de remboursement des médicaments ne formule pas d'avis dans le délai imparti par le ministre, la procédure peut néanmoins continuer ;
 - la décision de ne plus exiger l'autorisation préalable du médecin-conseil peut être prise dans le cadre d'une révision par groupe, et pas uniquement dans le cadre de la procédure spécifique à cet effet.

Arrêté royal du 10 août 2005 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B. 20 septembre 2005).

Arrêté royal du 10 août 2005 modifiant l'arrêté royal du 22 janvier 2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les organismes assureurs doivent transmettre à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (M.B. 20 septembre 2005).

Il s'agissait d'exécuter l'accord passé entre le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et les représentants des officines pharmaceutiques publiques concernant la promotion des médicaments moins chers en permettant la prescription DCI (dénomination commune internationale), conformément à la décision du Conseil des Ministres du 14 octobre 2003.

Ainsi, lors de l'introduction effective de la prescription sur le principe actif, les pharmaciens peuvent, en concertation avec les médecins et les patients, délivrer les

médicaments sensiblement moins chers, en tenant compte des besoins des patients au niveau de la continuité du traitement, du prix et de la disponibilité.

Arrêté royal du 17 septembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 28 septembre 2005, Ed. 2).

Le nouveau plafond trimestriel de revenus en vigueur dans le secteur des soins de santé dans le cadre de l'octroi de la qualité de personne à charge est désormais indépendant du plafond en vigueur dans le secteur des indemnités et est ramené à 1.950 EUR (au lieu de 2.144,64 EUR auparavant). Ce plafond est lié à l'index.

Arrêté royal du 17 septembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. 22 septembre 2005, Ed. 2).

L'arrêté royal du 7 mai 1991 a été adapté de manière à permettre, au 1^{er} novembre 2005, de nouveaux plafonds (plus élevés) quant à l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines spécialités pharmaceutiques pour lesquelles il existe une alternative moins chère. Le but de cette mesure est de responsabiliser les patients, en les incitant à opter pour des alternatives qui sont moins chères pour l'ensemble de la société, ce qui, à terme, devrait permettre de maîtriser d'avantage les dépenses du secteur soins de santé, et particulièrement celles relatives aux spécialités pharmaceutiques.

Arrêté royal du 6 décembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. 16 décembre 2005)

Cet arrêté a scindé l'article énumérant les prestations de soins dentaires en 3 paragraphes :

- prestations jusqu'au 12^{ème} anniversaire,
- prestations à partir du 12^{ème} anniversaire,
- autres prestations.

Cette modification dédouble les prestations des rubriques « consultations, traitements préventifs, soins conservateurs, extractions et prothèses » si bien que les enfants âgés de moins de 12 ans ne paient plus d'intervention personnelle.

Par ailleurs, l'arrêté royal crée également 3 nouvelles prestations pour les enfants âgés de moins de 12 ans :

- l'extraction de dents de lait,
- la pulpotomie au niveau des dents de lait,
- le nettoyage prophylactique.

Arrêté royal du 22 décembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 29 décembre 2005)

L'arrêté royal du 2 juin 1998 est modifié de la manière suivante :

- indexation de l'allocation forfaitaire à partir du 1^{er} janvier 2006,
- suppression de l'allocation qui pouvait être octroyée sur une base familiale,
- augmentation du montant des interventions personnelles que le bénéficiaire doit atteindre durant 2 années pour pouvoir être considéré comme un bénéficiaire atteint

d'une maladie chronique. Depuis le 1^{er} janvier 2006, celle-ci s'élève à 365 EUR pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et à 450 EUR pour les autres bénéficiaires.

Loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses (M.B. 30 décembre 2005, Ed. 2).

Les principales modifications apportées par cette loi en matière de médicaments sont notamment les suivantes :

- la lourdeur de la procédure normale de révision de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursées a fait naître la nécessité de pouvoir adapter cette liste de façon administrative, en particulier lorsque les adaptations en cause découlent directement de l'application de la loi. Le délai de publication reste néanmoins assez long, du fait des procédures d'avis et d'accord qui doivent encore être suivies. Il est donc prévu de pouvoir déroger à celles-ci, sauf en ce qui concerne la compétence du Conseil d'État.

- le système de remboursement de référence est appliqué lorsqu'un générique ou une copie moins chère d'une spécialité est inscrite sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables : la base de remboursement de l'original est alors diminuée de 30%. Il arrive cependant qu'après l'instauration de ce système, la copie ou le générique moins cher rencontre des problèmes de disponibilité sur le marché. Les bénéficiaires de l'assurance sont alors placés dans une situation délicate, puisqu'ils n'ont dans une telle hypothèse pas d'autre choix que d'avoir recours à l'original, qui n'a pas nécessairement baissé son prix public : il en résulte alors que les bénéficiaires doivent payer des suppléments parfois très importants. Il a donc été décidé de permettre, dans une telle situation, la sortie du système, et les adaptations requises ont été apportées à l'article 35ter de la loi. Pour plus de lisibilité, la rédaction de l'article a également été revue, et certains passages, déplacés vers des articles plus adéquats.

- Elargissement de la définition des médicaments orphelins en vue de tenir compte également des médicaments orphelins qui sont enregistrés en Belgique ou pour lesquels une demande d'enregistrement a été introduite avant le 28 avril 2000, et qui satisfont aux conditions visées à l'article 3 du Règlement (CE) n° 141/2000 et aux critères visés à l'article 2 du Règlement (CE) n° 847/2000.

Loi programme du 27 décembre 2005 (M.B. 30 décembre 2005, Ed. 2).

Une des modifications les plus importantes contenues dans cette loi programme concerne l'intégration du MâF fiscal dans le Mâf revenus modestes. (Mâf : maximum à facturer).

Le chapitre IIIbis du titre III de la loi AMI est modifié en vue d'adapter les dispositions relatives au maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage. Le but est de supprimer le maximum à facturer exécuté par l'Administration de la fiscalité des entreprises et des revenus et de confier aux organismes assureurs l'exécution de l'ensemble du maximum à facturer déterminé en fonction des revenus. Sont visées par là une simplification du mécanisme et une diminution des dépenses.

Le maximum à facturer déterminé en fonction des revenus, étendu à toutes les tranches de revenus, s'applique dès le 1er janvier 2005. Le maximum à facturer fiscal cesse d'être applicable à partir de l'exercice d'imposition 2006.

Les tranches de revenus et montants d'interventions personnelles sont celles qui étaient en vigueur dans le maximum à facturer exécuté par l'Administration de la fiscalité des entreprises et des revenus. La tranche la plus élevée a toutefois été supprimée.

Sont désormais prises en compte dans le maximum à facturer, les interventions personnelles relatives aux préparations magistrales et aux implants (marge de délivrance). En ce qui concerne la marge de délivrance des implants, celle-ci ne peut plus être considérée comme coûts supplémentaires liés au traitement médical des enfants malades chroniques par le Fonds spécial de solidarité.

En ce qui concerne les situations de dépendance, les formes réglementées de placement familial sont à présent une situation assimilée à une situation de dépendance, dans laquelle la personne concernée peut former un ménage seule. Les modalités de preuve de cette situation seront fixées par arrêté royal.

Limitation du MAF social : désormais, le MAF social est octroyé aux seuls membres du ménage qui sont des bénéficiaires de l'intervention majorée visés à l'article 37novies et à leur conjoint ou la personne avec qui ils forment un ménage de fait, ainsi qu'aux personnes à charge des bénéficiaires ou de leur conjoint ou « partenaire ».

Arrêté royal du 1^{er} avril 2006 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. (M.B. 28 avril 2006, Ed. 2)

Les modifications apportées par cet arrêté consistent en une diminution de l'intervention personnelle du bénéficiaire pour les 18 premières séances en pathologies courantes.

Arrêté royal du 1^{er} mai 2006 modifiant l'arrêté royal du 8 novembre 1998 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour certains produits de soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affectation grave, visés à l'article 34, 14^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment pour les produits d'alimentation particulière. (M.B. 16 mai 2006, Ed. 3)

Le remboursement d'aliments à des fins médicales spéciales à l'intention de patients souffrant de la maladie coeliaque est désormais permis. Ainsi, un montant mensuel maximum de 19 EUR est octroyé à ces patients par les organismes assureurs. Cette intervention est accordée après autorisation du médecin-conseil. La première autorisation couvre une période de maximum 2 ans. L'autorisation peut être prolongée à la demande motivée du médecin traitant pour de nouvelles périodes de 24 mois maximum.

Extension des « petits risques » dans le régime des travailleurs indépendants

Arrêtés royaux des 10 juin 2006 modifiant l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses (M.B. 16, 23 et 29 juin 2006)

Arrêté royal du 5 août 2006 modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses (M.B. 22 août 2006)

Arrêtés royaux des 13 octobre 2006, 21 décembre 2006, 3 et 7 juin 2006 modifiant l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses (M.B. 20 octobre 2006, 17 janvier 2007, 15 et 25 juin 2007)

Ces arrêtés fixent les conditions dans lesquelles les indépendants qui débutent à titre principal, et ceux qui bénéficient soit de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), soit du revenu garanti aux personnes âgées (RGPA), peuvent être couverts gratuitement pour les « petits risques » depuis le 1^{er} juillet 2006, et ce jusqu'au 1^{er} janvier 2008.

Cette extension représente une avancée importante dans le processus engagé visant à octroyer à terme, à tous les indépendants, un accès aux soins de santé identique à celui dont jouissent les bénéficiaires du régime général (salariés et assimilés).

Forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques en hôpitaux

Arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la création d'un groupe de travail permanent pour la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux. (M.B. 11 juillet 2006, Ed. 2)

Arrêté royal du 6 juillet 2006 modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. 18 juillet 2006)

Arrêté royal du 6 juillet 2006 modifiant l'arrêté royal du 16 mai 2006 portant exécution de l'article 37, §3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la détermination du forfait alloué aux hôpitaux pour les spécialités pharmaceutiques remboursables. (M.B. 18 juillet 2006)

Depuis le 1^{er} juillet 2006, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) a étendu le système de financement forfaitaire à la grande majorité des médicaments en milieu hospitalier. L'objectif de cette mesure est de disposer d'un outil de gestion des dépenses hospitalières.

Le principe est le suivant : tout médicament entre dans les applications forfaitaires, sauf ceux inscrits dans la liste d'exclusion.

Les spécialités sont exclues de la forfaitarisation lorsqu'il s'agit d'un principe actif d'une grande importance dans la pratique médicale compte tenu des besoins thérapeutiques et sociaux et du caractère innovateur du principe actif et lorsque le coût peut considérablement freiner son administration chez les bénéficiaires hospitalisés en cas de forfaitarisation de l'intervention de l'assurance. Cela vaut également pour une série de produits spécifiques exclus d'office ainsi que pour les radio-isotopes.

Les modifications de la liste d'exclusion doivent être réalisées via un arrêté ministériel, sur proposition du groupe de travail permanent « forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques dans les hôpitaux » institué au sein de la Commission de remboursement des médicaments de l'INAMI.

Le forfait par admission est principalement basé sur une moyenne nationale en dépenses de médicaments calculée par pathologie et niveau de sévérité.

Financement

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 28 décembre 2006, Ed.3)

Quelques mesures de simplification administrative et d'accélération de paiement des financements alternatifs sont reprises dans cette loi. Y figurent également de nouvelles mesures d'élargissement des sources de financement de la sécurité sociale, notamment l'impôt des personnes physiques et l'impôt des sociétés. Par ailleurs, le financement « Tabac » des soins de santé est en 2007 encore augmenté de 117,56 millions d'EUR.

Est repris également le transfert du complément 2007 du fonds provisionnel médicament de l'INAMI vers la Gestion globale, à l'instar de ce qui s'est fait en 2006. Ce seront donc 100 millions d'EUR qui se trouveront fin 2007 dans ce fonds provisionnel.

Un fonds d'avenir des soins de santé est également créé : il s'agit d'une réserve financière mais dont l'usage est restreint aux investissements nécessaires pour adapter le système des soins de santé au vieillissement de la population. Cette réserve ne pourra cependant être utilisée qu'à partir de 2012.

Appareils auditifs

Arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. 28 juillet 2006, Ed. 3)

L'âge limite donnant droit à un remboursement préférentiel de l'assurance dans le coût de certains appareils auditifs a été relevé de 12 à 18 ans.

Renouvellement des verres de lunettes des enfants de moins de 12 ans

Arrêté royal du 28 septembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. 9 octobre 2006)

La possibilité de renouvellement des verres de lunettes, qui existait déjà pour les enfants de moins de 7 ans (cf. verres avec dioptries situées entre - 4,25 et - 8,00 ou entre 4,25 et 8,00 - renouvellement en cas de variation d'au moins 0,5 dioptrie, en sphère ou en cylindre, par rapport à la fourniture précédente), est étendue aux enfants de 7 à 11 ans. Cette mesure vise donc un renouvellement plus avantageux des verres de lunettes pour les enfants de moins de 12 ans.

Soins orthodontiques des enfants

Arrêté royal du 5 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. 19 octobre 2006, Ed.2)

Arrêté royal du 5 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires. (M.B. 19 octobre 2006, Ed. 2)

La limite d'âge en orthodontie est passée de 14 ans à 15 ans et une nouvelle prestation (« tracing ») est introduite dans la rubrique « traitements orthodontie ».

Remboursement du vaccin Rotarix pour les enfants

Arrêté ministériel du 16 octobre 2006 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. (M.B. 20 octobre 2006, Ed. 4)

Depuis le 1^{er} novembre 2006, le vaccin Rotarix est remboursé aux enfants de moins de 6 mois. Celui-ci est remboursé s'il est prescrit pour l'immunisation pour la prévention des gastro-entérites dues à une affection à rotavirus.

Soins dentaires

Arrêtés royaux du 22 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (M.B. 29 novembre 2006 – Ed.2)

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires.(M.B. 29 novembre 2006 – Ed.2)

Les améliorations suivantes sont notamment apportées dans la nomenclature des prestations dentaires :

- l'examen buccal peut être attesté du 18^{ème} au 54^{ème} anniversaire,
- pour les patients qui, en raison d'un traitement médical ou d'une affection, nécessitent un détartrage, le remboursement de cette prestation n'est prévu dorénavant qu'une fois par année civile et jusqu'au 18^{ème} anniversaire. De nouvelles prestations et de nouveaux codes sont créés pour cette catégorie assortis d'honoraires identiques à ceux accordés pour les handicapés mentaux ou physiques,
- la clause de continuité pour le détartrage chez les handicapés mentaux ou physiques et les adolescents jusque 18 ans est supprimée.

Echelonnement des pratiques médicales

Arrêté royal du 26 novembre 2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale. (M.B. 15 décembre 2006, Ed. 2)

Pour favoriser le recours au médecin généraliste (chez qui le patient a ouvert un dossier médical global) avant de s'adresser à un médecin spécialiste, une diminution de l'intervention financière à charge du patient pour la consultation d'un spécialiste est accordée dans les cas où ce patient est envoyé par le généraliste. Les diminutions de ticket modérateur accordées sont de 2 EUR pour les bénéficiaires BIM et de 5 EUR pour les autres bénéficiaires. Dix-sept spécialités médicales sont concernées par cette mesure.

Passeport du diabète – tiers payant

Arrêté royal du 8 décembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 2006 portant exécution de l'article 53, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (M.B. 27 décembre 2006, Ed. 2)

L'application du régime du tiers payant est rendue possible pour la prestation « Utilisation d'un passeport diabète par le médecin généraliste » et ce, dans les mêmes conditions que pour le dossier médical global.

Suppléments hospitaliers - MENA

Loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses. (M.B. 22 décembre 2006, Ed. 2)

Les modifications apportées par cette loi concernent notamment :

- la modification des règles concernant les suppléments de chambres et d'honoraires afin d'améliorer la transparence de la facturation et l'accessibilité des soins pour tous les patients (plus de supplément d'honoraire lorsque l'hospitalisation concerne un enfant accompagné de ses parents),
- une meilleure protection du bénéficiaire contre les suppléments liés à des implants et à des dispositifs médicaux invasifs,
- le règlement de l'assurabilité des mineurs en vue d'améliorer la couverture des soins de santé dont bénéficient les mineurs d'âge particulièrement vulnérables (les mineurs étrangers non accompagnés ou MENA qui peuvent être inscrits comme titulaires) et les enfants à charge d'indépendants non en ordre d'assurabilité (ces enfants peuvent bénéficier d'un droit propre à l'assurabilité).

Le statut OMNIO

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 28 décembre 2006, Ed.3)

Arrêté royal du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO. (M.B. 3 avril 2007, Ed. 2)

La base légale pour l'extension du bénéfice de l'intervention majorée de l'assurance au conjoint ou cohabitant du titulaire « BIM » et pour l'instauration du statut OMNIO a été adoptée.

Le statut OMNIO vise à octroyer le bénéfice de l'intervention majorée à tout ménage, composé conformément aux données du Registre national des personnes physiques au 1^{er} janvier d'une année, dont les revenus sont inférieurs à un certain plafond. Jusqu'à présent, l'intervention majorée était réservée aux titulaires inscrits en une certaine qualité ou aux personnes bénéficiant de certains avantages sociaux. Le statut OMNIO vise à donner un même droit au remboursement préférentiel aux ménages en situation financière précaire alors qu'aucun de leurs membres n'a une des qualités requises. L'instauration concrète de ce statut est réalisée depuis avril 2007.

Maximum à facturer – Exécution des dispositions de la loi programme relative au M à F

Arrêté royal du 6 mars 2007 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du Chapitre IIIbis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (M.B. 19 mars 2007)

Quelques modifications sont apportées au chapitre IIIbis Titre III de la loi coordonnée (Maximum à facturer) :

- la situation digne d'intérêt : lorsque les revenus du ménage ont diminué de manière significative par rapport à l'année dont les revenus sont normalement pris en compte, le bénéficiaire peut demander à établir le montant actuel des revenus du ménage. Cette procédure est applicable lorsque les revenus sont devenus inférieurs à l'un des deux premiers plafonds de revenus du M à F revenus.
- les situations de dépendance : le placement familial est devenu une situation assimilée à une situation de dépendance en raison de l'état de santé, pour laquelle l'assuré peut ou non constituer un ménage seul.
- personne vivant en communauté : dans la constitution du ménage d'une personne vivant dans une communauté, il est désormais également tenu compte des personnes à charge du conjoint ou partenaire.
- Limitation du M à F social : le ménage social est composé du bénéficiaire de l'intervention majorée, de son conjoint ou partenaire et leurs personnes à charge. L'application éventuelle du M à F social n'exclut plus celle du M à F revenus.

Tickets modérateurs plafonnés des spécialités pharmaceutiques

Arrêté royal du 6 mars 2007 modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. 19 mars 2007)

Les tickets modérateurs normaux des grands conditionnements en catégorie B sont diminués, en montants non indexés, de 9,30 EUR à 7,70 EUR pour les bénéficiaires de

l'intervention majorée et de 13,95 EUR à 11,65 EUR pour les autres bénéficiaires (ce qui signifie en montants 2007, un passage de 10,60 EUR à 8,80 EUR et de 15,90 EUR à 13,30 EUR).

Les plafonds des tickets modérateurs en catégorie C sont par ailleurs harmonisés avec ceux des grands conditionnements en catégorie B, y compris pour les bénéficiaires qui n'ont pas droit à l'intervention majorée.

Autosondage à domicile

Arrêté royal du 21 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 15 mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire (M.B. 11 mai 2007)

L'intervention de l'assurance qui était auparavant de 3 EUR par jour est modifiée en une intervention de 3 EUR par sonde avec un maximum de 4 sondes par jour. Cette intervention est désormais accordée dès le jour de la notification du médecin traitant (auparavant, premier jour du mois suivant le mois de la notification).

Frais de voyage des patients cancéreux

Arrêté ministériel du 25 mai 2007 modifiant l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et les conditions d'octroi de cette intervention dans les frais de voyage des patients traités ambulatoirement atteints de pathologies nécessitant soit un traitement chimiothérapique au moyen d'une médication de la catégorie A, soit un traitement par radiations. (M.B. 8 juin 2007)

Pour les patients cancéreux qui suivent une chimiothérapie ou une radiothérapie, il est désormais prévu une indemnité kilométrique. Ainsi, le prix du déplacement en tram, métro, bus ou train est intégralement pris en charge par l'assurance soins de santé lorsque le bénéficiaire utilise un de ces moyens de transport en commun pour parcourir la distance entre son lieu de résidence effective et le service spécialisé où il suit son traitement. Une indemnité est également prévue pour le bénéficiaire qui utilise un autre moyen de transport.

Une indemnité kilométrique de 0,25 EUR est également accordée aux parents ou tuteurs légaux d'enfants cancéreux hospitalisés.

Intervention dans les pansements actifs des malades chroniques

Arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3^o et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs. (M.B. 25 juin 2007)

Une intervention à concurrence de 0,25 EUR par pansement actif délivré est prévue pour des patients souffrant de plaies chroniques ainsi qu'un forfait complémentaire de 20 EUR

par mois. La différence entre le prix du pansement actif et l'intervention de l'organisme assureur est prise en compte dans le MâF.

Intervention pour les patients atteints du syndrome de Sjögren

Arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3^o et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les patients atteints du syndrome de Sjögren. (M.B. 25 juin 2007)

Une intervention forfaitaire d'un montant de 20 EUR par mois est prévue pour des patients atteints d'un syndrome de Sjögren primaire. Cette intervention est censée couvrir les soins ophtalmiques (larmes artificielles et gel ophtalmique) auxquels doivent avoir recours ces patients.

Intervention dans les analgésiques non remboursables

Arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3^o et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (M.B. 22 juin 2007, Ed. 2)

Une intervention à concurrence de 20% dans le coût des analgésiques à base de paracétamol ou à base de l'association paracétamol et codéine figurant sur une liste est prévue pour les patients atteints de douleur chronique.

La partie du coût de l'analgésique qui est à charge du bénéficiaire est prise en considération dans le cadre du MâF en tant que quote-part personnelle.

Alimentation entérale par sonde

Arrêté royal du 20 juillet 2007 modifiant l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde. (M.B. 13 août 2007- Ed. 2)

De nouvelles mesures s'inscrivent dans le cadre d'une série de nouvelles initiatives pour l'année 2007 et visent les patients chroniques et plus particulièrement, la nutrition médicale de ces patients chroniques.

Ces mesures consistent en :

- une revalorisation de l'ensemble des forfaits pour le matériel et pour les nutriments ;
- une intervention pour le nutriment chez les enfants jusqu'à 2 ans ;
- et une intervention pour la pompe chez les bénéficiaires de plus de 2 ans.

Alimentation parentérale

Arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés. (M.B. 14 août 2007)

Toujours dans le cadre d'une série de nouvelles initiatives pour l'année 2007 visant les patients chroniques et plus particulièrement la nutrition parentérale, deux mesures ont été prises :

- d'une part, une revalorisation des forfaits relatifs à l'alimentation parentérale sur base d'une nouvelle distinction entre les mélanges industriels et les solutions à la carte entièrement préparées par le pharmacien,
- et d'autre part, le glissement du remboursement des solutions à perfusion de la catégorie B vers la catégorie A (= gratuité).

Frais de déplacement des parents de patients cancéreux

Arrêté royal du 2 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses. (M.B. 17 août 2007)

La mesure qui prévoit une intervention de 0,25 EUR par kilomètre dans le coût du trajet aller-retour des parents ou tuteurs légaux d'enfants atteints d'un cancer et hospitalisés a été étendue aux travailleurs indépendants.

Diminution du ticket modérateur en kinésithérapie

Arrêté royal du 2 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (M.B. 22 août 2007)

Il s'agit d'une mesure qui permet

- une diminution de l'intervention personnelle du bénéficiaire pour les 18 premières « grandes » séances en cas d'affections courantes, à domicile ou au cabinet,
- l'instauration d'un remboursement intégral du rapport écrit si le patient est hébergé dans une résidence commune de personnes âgées ou de personnes handicapées.

III INDEMNITES DE MALADIE

Revalorisation des indemnités

Arrêté royal du 4 mars 2005 modifiant en ce qui concerne le montant maximum de la rémunération dans le cadre de l'assurance indemnités, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (B.S. 11 avril 2005)

Le plafond journalier AMI à prendre en considération pour les cas d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité prenant cours au plus tôt au 1^{er} janvier 2005 est revalorisé de 2%.

L'ancienne règle de cumul est supprimée et les tranches de revenus professionnels sont augmentées à 10 EUR.

Le montant maximum en indemnité est majoré de 2% hors indexation et vaut pour tous les risques sociaux qui commencent à partir du 1^{er} janvier 2005. Le nouveau montant vaut également pour les personnes qui entrent en invalidité à partir du 1^{er} janvier 2005.

Arrêté royal du 3 juillet 2005 modifiant, en ce qui concerne le coefficient de revalorisation des indemnités d'invalidité, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 20 septembre 2005)

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté au plus tard le 31 août 1997 est augmenté, au 1^{er} septembre 2005, d'un coefficient de revalorisation de 2%. Il en est de même mais à partir du 1^{er} septembre 2006 en ce qui concerne l'incapacité de travail ayant pris cours dans la période du 1^{er} septembre 1997 au 31 août 1999.

Revalorisation des indemnités

Un certain nombre de mesures sont entrées en vigueur qui permettent de réévaluer certaines indemnités :

A partir du 1^{er} janvier 2007,

- liaison du montant minimum de l'indemnité d'invalidité pour un travailleur salarié régulier avec ou sans charge de famille (isolé) à la pension de retraite minimum garantie pour un travailleur salarié avec une carrière complète. Le titulaire avec charge de famille peut prétendre au montant de la pension de retraite minimum garantie du ménage, évalué en jours de travail. Le titulaire isolé peut prétendre quant à lui à l'autre montant,
- le montant maximum de la rémunération pour le calcul des indemnités est majoré de 1% pour les risques sociaux qui prennent cours le 01.01.2007,
- octroi d'une intervention forfaitaire d'un montant journalier de 12 EUR pour l'aide d'une tierce personne (cf. supra).

A partir du 1^{er} avril 2007,

- majoration de 2% des montants du revenu d'intégration sociale. Le montant des indemnités minimums pour un travailleur salarié non régulier suivent automatiquement cette évolution.

Arrêté royal du 21 décembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants (M.B. 29 décembre 2006)

Cet arrêté aligne, dans le régime des travailleurs indépendants, le montant journalier de l'indemnité d'incapacité primaire de maladie sur celui du minimum garanti de pension de retraite.

Ce montant est fixé comme suit (montants au 1^{er} janvier 2007) selon que le titulaire a ou non des personnes à charge :

- titulaire avec charge de famille : 38,31 EUR ;
- isolé : 29,01 EUR ;
- cohabitant : 25,76 EUR.

Allocation aide de tierce personne

Arrêté royal du 29 janvier 2007 modifiant, en ce qui concerne l'allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (M.B. 21 février 2007, Ed. 2)

A partir du 1^{er} juillet 2007, une allocation forfaitaire de 12 EUR (montant journalier) est accordée à tous les titulaires dont la nécessité de l'aide d'une tierce personne a été reconnue. Cette allocation est versée dès le quatrième mois de l'incapacité de travail.

IV PRESTATIONS DE CHOMAGE

(cfr. contribution du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale)

V PRESTATIONS DE VIEILLESSE

Revalorisation des pensions

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

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

- le 01/09/2005, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié qui a pris cours effectivement pour la première fois après le 31 décembre 1996 et avant le 1er janvier 1998 ;*
- le 01/09/2006, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié qui a pris cours effectivement pour la première fois après le 31 décembre 1997 et avant le 1er janvier 2000.*

Bonus pension et mesures diverses

La loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30.12.2005) prévoit les diverses mesures suivantes.

- Le montant de pension du travailleur salarié, est majoré d'un bonus, à condition qu'à l'âge de 62 ans ou après une carrière de 44 années, il poursuive son activité professionnelle (applicable au plus tôt le 1er janvier 2007).
- Le Roi peut prendre une réglementation en vue de permettre une estimation individualisée des droits à pension, sur demande ou d'office et ceci aux moments qu'il détermine. Cela a été réalisé par un arrêté royal du 12 juin 2006 (M.B. 22.06.2006) mais ne sera complètement effectif que d'ici 2010 en fonction des possibilités techniques.
- Le Roi peut, prendre certaines mesures afin d'assouplir l'accès à la pension minimum garantie (applicable au plus tôt le 1er octobre 2006).
- Cette loi prévoit enfin, à partir de l'année 2008, un mécanisme structurel d'adaptation au bien-être général de toutes ou de certaines prestations de remplacement de revenus dans la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Cumul avec un revenu professionnel

Arrêté royal du 5 mars 2006 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 09.03.2006)

Cet arrêté modifie les montants du revenu professionnel autorisé pour les pensionnés ayant atteint l'âge de la pension légale à savoir 65 ans pour les hommes et actuellement 64 ans pour les femmes.

Il s'agit d'une augmentation de 15 % à partir du 1er janvier 2006.

Le montant ainsi obtenu sera à nouveau majoré de 10 % à partir du 1er janvier 2007.

Droit minimum par année de carrière

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

Cet arrêté augmente de 17 % le droit minimum par année de carrière, c'est-à-dire la rémunération annuelle minimale qui est, sous certaines conditions de carrière, prise en compte pour le calcul de la pension.

Accès au minimum garanti de pension

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

Cet arrêté assouplit les conditions d'accès au minimum garanti de pension de travailleur salarié. Ainsi, les personnes totalisant deux tiers d'une carrière complète à mi-temps satisfont désormais à la condition de carrière requise, alors qu'auparavant seul le travail à plein temps était pris en compte. Dans ce cas, la pension minimale est calculée au prorata de la durée globale de la carrière.

Garantie de revenus aux personnes âgées

Arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 18 juin 2004 portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001, instituant la garantie de revenus aux personnes âgées, et portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001, instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 23 novembre 2006)

Au 1er décembre 2006, le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées (régime d'assistance) est augmenté de 60 EUR par mois pour un cohabitant et de 90 EUR par mois pour un isolé, ce qui porte cette allocation au-dessus du seuil de risque de pauvreté. Les nouveaux montants annuels de la garantie de revenus aux personnes âgées s'élèvent par conséquent à 6.363,65 EUR pour un cohabitant et à 9.545,48 EUR pour un isolé.

Bonus de pension

Arrêté royal du 1er février 2007 instaurant un bonus de pension. (M.B. 09 février 2007)

Cet arrêté instaure, en application du pacte de solidarité entre les générations, un nouveau système de bonus de pension de 2 EUR par jour pour la personne qui continue à travailler après avoir atteint l'âge de 62 ans ou après avoir travaillé 44 ans.

Cumul avec un revenu professionnel

Arrêté royal du 16 mars 2007 modifiant l'article 107 de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 12 avril 2007).

Cet arrêté augmente de 10%, à partir du 1^{er} janvier 2007, le montant des revenus professionnels autorisés dans le chef des pensionnés indépendants ayant atteint l'âge de la pension.

Augmentation des pensions en 2007

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

a) Bonus forfaitaire de bien-être annuel

Au mois d'avril 2007, il est accordé, au bénéficiaire d'une pension de salarié ou d'indépendant, qui a pris cours avant le 1er janvier 1993, un bonus forfaitaire de bien-être annuel:

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

Ce bonus forfaitaire de bien-être annuel est également accordé au bénéficiaire d'une pension minimum garantie de salarié ou d'indépendant qui a pris cours après le 31 décembre 1992 à condition qu'elle soit payable au 31 mars 2007.

b) - Adaptation au bien-être

Les pensions de travailleur salarié et de travailleur indépendant qui ont pris cours avant le 1er janvier 1988 sont majorées de 2 % avec effet le 1er septembre 2007.

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

c) Augmentation de la pension minimum garantie

Les montants de 11.535,12 EUR et de 9.231,00 EUR (retraite minimale salariés au taux ménage et au taux isolé) et le montant de 9.085,86 EUR (pension de survie minimale) sont respectivement remplacés, avec effet au 1^{er} septembre 2007, par les montants de 11.765,82 EUR, 9.415,62 EUR et 9.267,58 EUR.

Les montants de la pension minimum garantie des travailleurs indépendants sont également augmentés.

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

Cumul avec un revenu professionnel

Arrêté royal du 26 juillet 2007 majorant les montants limites des revenus professionnels autorisés pour certains pensionnés (M.B. 14 août 2007)

Cet arrêté prévoit, pour les pensionnés du secteur public, ayant atteint l'âge de la pension légale, les mêmes augmentations des revenus professionnels autorisés que celles prévues précédemment pour les personnes bénéficiant d'une pension d'indépendant ou de salarié du secteur privé.

Il s'agissait d'une augmentation de 15 % à partir du 1er janvier 2006 et encore de 10% à partir du 1er janvier 2007.

VI PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Liste des maladies professionnelles

Arrêté royal du 27 décembre 2004 portant modification de l'arrêté royal du 28 mars 1969 dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et fixant les critères auxquels doit répondre l'exposition au risque professionnel pour certaines d'entre elles (M.B. 9 février 2005)

Cet arrêté royal apporte des modifications à l'énumération des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et notamment, reconnaît en tant que maladie professionnelle la sciatalgie consécutif à une hernie discale provoquée soit par le port de charges lourdes soit l'exposition à des vibrations mécaniques affectant la région lombaire.

Lutte contre les accidents du travail graves et simplification des déclarations

Arrêté royal du 24 février 2005 portant diverses dispositions visant la lutte contre les accidents du travail graves et la simplification des déclarations des accidents du travail (M.B. 14 mars 2005)

Cet arrêté royal modifie divers arrêtés royaux dans le cadre de la lutte contre les accidents graves: l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (et règle notamment l'établissement d'un rapport, son contenu, ...), l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail et l'arrêté royal du 28 mai 2003 portant exécution de l'article 94octies de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Il modifie également d'autres arrêtés royaux dans le but de simplifier les déclarations d'accidents du travail, notamment l'arrêté royal du 16 décembre 1987 portant organisation et fonctionnement d'une banque centrale de données

au Fonds des accidents du travail, en prévoyant que les entreprises d'assurance transmettent au FAT dans les deux jours suivant la réception de la déclaration d'accident diverses données, et l'arrêté royal du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accident du travail, qui prévoit un modèle simplifié de déclaration pour les accidents ayant entraîné une incapacité de moins de 4 jours.

Mesures en matière de bien-être

Arrêté royal du 23 septembre 2005 portant modification de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 30.09.2005).

Cette mesure s'inscrit dans l'ensemble de celles visant une politique structurelle de liaison au bien-être des prestations dans les différentes branches de la sécurité sociale. L'adaptation s'élève à 2 % pour les allocations de remplacement de 8 ans et plus en 2005 et peut se réaliser par l'octroi de l'allocation de réévaluation prévue par l'article 2 de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

.Arrêté royal du 10 octobre 2005 portant modification de l'arrêté royal du 17 juillet 1977 octroyant des allocations à certains bénéficiaires des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970. Cette mesure s'inscrit dans l'ensemble de celles visant à adapter au bien-être les plafonds de rémunération et les allocations sociales dans les divers secteurs de la sécurité sociale. Pour le secteur des maladies professionnelles, cette adaptation au bien-être des allocations sociales pour les années 2005 et 2006 est concrétisée dans le présent arrêté royal. L'arrêté royal du 17 juillet 1974 donne à certaines victimes d'une maladie professionnelle ou leurs ayants droit une allocation supplémentaire ou une allocation de péréquation. Ces allocations sont maintenant adaptées au bien-être.

Arrêté royal du 15 septembre 2006 portant modification de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 21 septembre 2006)

Cet arrêté royal s'inscrit dans l'ensemble des mesures discutées lors du Conseil des Ministres des 20 et 21 mars 2004 à Ostende au cours duquel une politique structurelle de liaison au bien-être dans les différentes branches de la sécurité sociale a été décidée. L'arrêté règle ces adaptations au bien-être des prestations pour incapacité permanente en cas d'accidents du travail pour l'année 2006. Dans une première phase, l'allocation de bien-être avait été accordée en septembre 2005 pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1998. Il s'agit ici de la deuxième phase, pour les accidents survenus en 1998 et 1999.

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 28 décembre 2006, Ed.3)

Le montant du plafond pour le calcul des indemnités en accident du travail est augmenté de 1% suite aux décisions concernant l'adaptation au bien-être.

Arrêté royal du 7 mai 2007 portant modification de l'arrêté royal du 10 décembre 1987 relatif aux allocations accordées dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 1^{er} juin 2007)

Cet arrêté royal a pour but de donner suite à l'avis conjoint du Conseil Central de l'Economie et du Conseil National du Travail du 21 septembre 2006 et d'exécuter les décisions prises par les partenaires sociaux dans le cadre de la politique structurelle de liaison au bien-être dans les différentes branches de la sécurité sociale et de l'adaptation des indemnités les plus anciennes. Il contient des mesures pour 2007 et 2008.

Arrêté royal du 15 septembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 1971 fixant les règles spéciales d'application aux gens de mer de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 10 octobre 2006)

Arrêté royal du 7 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 1971 fixant les règles spéciales d'application aux gens de mer de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 26 juin 2007)

Ces deux modifications s'inscrivent dans le même contexte d'adaptation au bien-être que décrit ci-dessus mais pour le secteur spécifique des gens de mer.

Mesures en matière de diminution du nombre d'accidents du travail

Loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses (I) (M.B. 28 décembre 2006)

L'article 177 de cette loi s'inscrit dans le cadre de la politique visant à réduire le nombre d'accidents du travail en incitant les entreprises à développer une politique de prévention axée sur le résultat. C'est pourquoi la fixation de la prime d'assurance à payer par l'employeur prendra en compte, davantage que par le passé, la statistique sinistres de l'entreprise : augmentation ou diminution des primes en fonction de la statistique sinistres de l'entreprise.

Arrêté royal du 8 juin 2007 relatif à la différenciation des primes en matière d'accidents du travail (M.B. 14 juin 2007)

Cet arrêté royal exécute l'article 49 quater inséré dans la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail par la loi portant dispositions diverses du 27 décembre 2006 citée ci-dessus.

Il fixe notamment la limite dans laquelle les employeurs, dont les statistiques en matière de dommages ne sont pas bonnes, peuvent se voir imposer une majoration de prime jusque 30 %. Pour les employeurs qui peuvent présenter des statistiques de dommages très positives, une réduction de prime de 15 % pourra être accordée.

Mesures en matière de traitement des plaintes des victimes

Loi du 25 avril 2007 portant des dispositions diverses (IV) (M.B. 8 mai 2007)

L'insertion des articles 87ter et 87quater dans la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail a pour but de clarifier les compétences du Fonds des accidents du travail, en les articulant par rapport à l'arrêté royal du 21 juin 2006 modifiant le traitement des plaintes dans le secteur des assurances, défini dans l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances et dans l'arrêté royal du 25 mars 1996 portant exécution de la loi du 27 mars 1995 relative à l'intermédiation en assurances et à la distribution d'assurances qui prévoit la création d'un Service Ombudsman Assurances.

Mesure étendant le champ d'application de la loi

Arrêté royal du 13 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 1971 étendant le champ d'application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 25 juin 2007)

Cet arrêté permet de répondre à la discrimination soulevée par la Cour d'arbitrage dans son arrêt du 16 novembre 2004 en intégrant les stagiaires non rémunérés dans le champ d'application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Liste des maladies professionnelles

Arrêté royal du 6 février 2007 fixant la liste des industries, professions ou catégories d'entreprises dans lesquelles la victime d'une maladie professionnelle est présumée avoir été exposée au risque de cette maladie (M.B. 27 février 2007)

Cet arrêté royal a pour but d'adapter la liste des industries, professions ou catégories d'entreprises dans lesquelles la victime d'une maladie professionnelle est présumée avoir été exposée au risque de cette maladie.

Cette liste n'a plus été adaptée depuis 1982, bien que la liste des maladies professionnelles reconnues a été élargie et adaptée. C'est pourquoi la liste précitée a été complétée et actualisée aux situations actuelles.

Mesures en matière de bien-être

Arrêté royal du 17 mai 2007 modifiant l'arrêté royal du 17 juillet 1974 octroyant des allocations à certains bénéficiaires des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970 (M.B. 7 juin 2007)

Cet arrêté cadre dans l'ensemble des mesures susvisées, décidées au Conseil des Ministre à Ostende les 20 et 21 mars 2004. Il adapte les prestations au bien-être. Il contient des mesures pour 2007 et 2008, ainsi que des mesures récurrentes pour 2009.

Mesures en matière de prévention

Arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 pris en exécution de l'article 6, 8^o, des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970 (M.B. 17 juillet 2006)

Si, conformément à l'article 7bis, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 relatif à la protection des stagiaires, l'employeur fait appel au service externe ou interne pour la prévention et la protection au travail de l'établissement d'enseignement, le Fonds interviendra directement dans les frais de l'évaluation de santé qui incombent à l'employeur et qui ont été facturés par le service concerné.

Arrêté royal du 1^{er} juillet 2006 relatif à la proposition de cessation de travail à faire aux personnes atteintes ou menacées par une maladie professionnelle (M.B. 13 juillet 2006)

Cet arrêté est lié au dossier de la réinsertion socio-professionnelle. Les critères en matière d'intervention du Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) dans les frais de réadaptation sont déterminés dans cet arrêté.

Arrêté royal du 25 février 2007 déterminant la composition du Conseil scientifique et portant création de Commissions médicales au Fonds des maladies professionnelles et fixant le montant des indemnités et jetons de présence au président et membres de ces différents organes (M.B. 7 mars 2007)

Cet arrêté royal a pour but de fixer la composition du nouveau Conseil scientifique (qui a comme missions notamment d'étudier les maladies, de contrôler celles qui peuvent donner lieu à une indemnisation et d'en proposer l'inscription sur la liste belge des maladies professionnelles ainsi que de chercher les moyens les plus adéquats pour traiter et prévenir les maladies professionnelles), ainsi que concrétiser la durée du mandat du président et des membres.

Arrêté royal du 17 mai 2007 fixant l'entrée en vigueur de l'article 44 de la loi du 13 juillet 2006 et portant exécution de l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970 (M.B. 11 juin 2007)

Cet arrêté royal vise à déterminer l'entrée en vigueur de l'article 62bis des lois précitées et à désigner la lombalgie en tant que maladie en relation avec le travail chez des personnes qui exécutent des travaux lourds pour le dos. Cet arrêté précise également les mesures que le Fonds peut payer au profit des personnes atteintes de cette maladie en relation avec le travail. Ces mesures sont incluses dans un programme de prévention qui est proposé aux personnes concernées. Il s'agit en réalité également de généraliser le projet-pilote dos, qui avait été concrétisé dans l'arrêté royal du 16 juillet 2004 et prolongé par l'arrêté royal du 22 juin 2006, au vu des résultats positifs qui ont été atteints.

Mesures en faveur des victimes de l'amiante

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 31 décembre 2006, Ed.3)

Les articles 113 à 133 de la loi-programme contiennent des dispositions réglant la création, le fonctionnement, les missions et le financement d'un fonds chargé d'indemniser les victimes de l'amiante.

Arrêté royal du 27 avril 2007 fixant la source et les modalités de versement du montant défini au 1° de l'article 116 de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 destiné au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (M.B. 29 mai 2007)

Cet arrêté fixe les moyens financiers destinés au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Arrêté royal du 11 mai 2007 portant exécution du chapitre VI, du titre IV, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 portant création d'un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (M.B. 29 mai 2007)

Cet arrêté a pour objet :

- 1° de prévoir les modalités de participation des employeurs et des travailleurs indépendants au financement du Fonds amiante;
- 2° de fixer les modalités selon lesquelles les demandes d'intervention doivent être introduites et instruites;
- 3° de fixer les montants, les modalités d'octroi et de paiement de la rente mensuelle forfaitaire à la victime ainsi que les règles de cumul entre cette rente mensuelle et d'autres réparations perçues par la victime pour la même affection;
- 4° de fixer le montant et les modalités de paiement du capital aux ayants droit;
- 5° de fixer l'entrée en vigueur des dispositions de la loi-programme visant le financement du Fonds amiante par les employeurs et les travailleurs indépendants, ainsi que des dispositions relatives à la limitation des recours en responsabilité civile contre le tiers responsable.

Prévention

Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle (M.B. 1^{er} septembre 2006)

Cette loi apporte diverses modifications (formelles ou de fond) dans les lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970 et dans la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Elle contient également des dispositions relatives à la mise en œuvre d'une politique visant à favoriser la réintégration socio-professionnelle des travailleurs en incapacité de travail et des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Droits des cohabitants légaux

Loi du 11 mai 2007 modifiant diverses dispositions relatives aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et au fonds amiante, en ce qui concerne les cohabitants légaux (M.B. 26 juin 2007)

Les droits des cohabitants légaux (au sens de l'article 1475 du Code civil) sont désormais alignés sur ceux des conjoints mariés dans les législations accidents du travail et maladies professionnelles, aussi bien dans le secteur public que privé, ainsi que dans le cadre de l'octroi d'une indemnisation par le Fonds amiante.

Notion de rémunération – avantages non récurrents liés aux résultats

Loi du 21 décembre 2007 relative à l'exécution de l'accord interprofessionnel 2007-2008 (M.B. 31 décembre 2007)

Les avantages non récurrents liés aux résultats accordés aux travailleurs ne sont pas considérés comme de la rémunération pour l'application de la loi sur les accidents du travail.

Prépension – problèmes physiques – travaux lourds

Loi du 21 décembre 2007 relative à l'exécution de l'accord interprofessionnel 2007-2008 (M.B. 31 décembre 2007)

Le Fonds des Accidents du travail (FAT) aura désormais la compétence de reconnaître que les travailleurs qui ont des problèmes physiques graves qui ont été occasionnés intégralement ou partiellement par leur activité professionnelle et qui entravent significativement la poursuite de l'exercice de leur métier, sont admissibles à la prépension à partir de 58 ans et 35 années de carrière.

VII PRESTATIONS AUX FAMILLES

Enfants enlevés

Arrêtés royaux du 19 avril 2005 portant exécution de l'article 69, § 2bis, et 102, §1^{er}, alinéa 1^e des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B du 12 mai 2005)

La loi-programme du 24 décembre 2002 avait inscrit dans les lois coordonnées la possibilité d'être allocataire en cas d'enlèvement de l'enfant. Cet arrêté royal détermine l'allocataire en cas d'enlèvement de l'enfant, ce qu'il faut entendre sous la notion « enlèvement de l'enfant » et la période de désignation de l'allocataire. L'enlèvement de l'enfant peut également avoir des conséquences sur la désignation de l'attributaire. En effet, suite à l'enlèvement de l'enfant, il peut arriver qu'il n'y ait plus d'attributaire. Afin d'éviter de telles situations, l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés a été chargé de payer, sous certaines conditions, les allocations familiales lorsqu'il n'y a plus d'attributaire suite à l'enlèvement

Un arrêté ministériel du 19 avril 2005 détermine les conditions suivant lesquelles les allocations familiales sont octroyées du chef de personnes victimes de l'enlèvement de l'enfant.

Enfant qui suit des cours ou poursuit sa formation

Arrêté royal du 10 août 2005 fixant les conditions auxquelles les allocations familiales sont accordées en faveur de l'enfant qui suit des cours ou poursuit sa formation :

A la suite de la nouvelle structure de l'enseignement supérieur universitaire et non universitaire issue des directives de l'Union européenne en vue de l'harmonisation de l'enseignement supérieur en Europe et de la reconnaissance internationale des diplômes, les

conditions auxquelles les allocations familiales sont accordées en faveur de l'enfant qui suit des cours ont été fondamentalement revues. Les nouvelles règles font l'objet dudit arrêté royal (*Moniteur belge du 19 août 2005*). Les lignes maîtresses de la réforme sont commentées sous l'article 40, alinéa 2

Arrêté royal du 10 août 2005 modifiant l'arrêté royal du 16 février 1968 déterminant les conditions et la période durant laquelle les allocations familiales sont accordées en faveur de l'enfant qui prépare un mémoire de fin d'études supérieures et l'arrêté royal du 19 août 1969 déterminant les conditions auxquelles les allocations familiales sont accordées en faveur de l'enfant qui effectue un stage pour pouvoir être nommé à une charge (Moniteur belge du 19 août 2005) : les modifications apportées aux arrêtés royaux précités par l'arrêté royal du 10 août 2005 sont liées à la réforme de la structure de l'enseignement supérieur dont question ci-avant ;

Enfants handicapés

*Arrêté royal du 3 mai 2006 modifiant l'article 47, §2, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 : cet arrêté augmente certains montants des suppléments d'allocations familiales pour enfants atteints d'un handicap et crée une nouvelle catégorie à l'égard de l'enfant qui obtient minimum 4 points dans le pilier 1 et minimum 6 points et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale (*Moniteur belge du 1^{er} juin 2006*).*

Prime de rentrée scolaire

Arrêté royal du 20 juillet 2006 instituant une majoration des suppléments d'âge visés aux articles 44 et 44bis des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B. 27 juillet 2006)

Cet arrêté modifie l'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties et instaure une prime de rentrée scolaire pour l'année 2006. Cette prime est destinée à aider les familles ayant des enfants soumis à l'obligation scolaire durant l'année scolaire 2006-2007 à faire face aux dépenses auxquelles elles sont confrontées au début de l'année scolaire. La prime de rentrée scolaire est octroyée sous la forme d'une majoration du supplément d'âge et est destinée aux enfants qui ont 6 ans au moins et 17 ans au plus en 2006.

Recouvrement des prestations familiales

Loi-programme du 20 juillet 2006 (M.B. 28 juillet 2006)

Les délais de prescription applicables en matière de recouvrement des prestations familiales payées indûment tant dans le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés que dans le régime des prestations familiales garanties ont été modifiés. Depuis le 1^{er} octobre 2006, dans ces deux régimes, la répétition des prestations familiales indûment payées ne peut être réclamée après l'expiration d'un délai de trois ans prenant cours à la date à laquelle le paiement a été effectué. Le délai de prescription est porté :

- à 5 ans, si les prestations payées indûment ont été obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes ;
- à 1 an, si le paiement indu résulte d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme d'allocations familiales et que la personne erronément créditée ne

savait pas ou ne devait pas savoir qu'elle n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.

Prise de cours de l'octroi des allocations

Loi du 20 juillet 2006 portant des dispositions diverses (M.B. 28 juillet 2006)

Suivant un principe général, l'octroi des allocations familiales prend cours le premier jour du mois qui suit le mois dans lequel le droit aux allocations familiales naît. Pour éviter une interruption de l'octroi des allocations familiales lorsque le droit du régime des salariés naît quasiment directement après la fin d'un autre droit aux allocations familiales, une exception a été introduite à ce principe général. Par dérogation audit principe général, la prise de cours du droit a été fixée au premier jour du mois dans lequel le droit aux allocations familiales naît, sous réserve que certaines conditions soient réalisées. Par ailleurs, à la suite de la réforme en profondeur de la législation applicable en matière d'adoption, diverses dispositions des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ont été modifiées par la même loi du 20 juillet 2006 de manière à tenir compte de la nouvelle procédure en matière d'adoption.

Poursuites judiciaires et exécution forcée

Arrêté royal du 5 août 2006 modifiant l'article 4 de l'arrêté royal du 26 juin 1987 portant exécution de l'article 119bis des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B.22 septembre 2006)

Cet arrêté prévoit que, désormais, tant les poursuites judiciaires que l'exécution forcée peuvent être abandonnées à l'égard des débiteurs établis à l'étranger qui ne possèdent pas de biens saisissables en Belgique.

Allocation d'adoption

Arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants (M.B. 11 janvier 2007, Ed.1)

Cet arrêté instaure, à partir du 1^{er} février 2007, une allocation d'adoption de 302,18 EUR liée à l'indice-pivot 103,14 base 1996 en faveur des travailleurs indépendants.

Le congé s'étend sur 4 semaines lors de l'adoption d'un enfant âgé de 3 à 8 ans et sur 6 semaines si l'enfant est âgé de moins de 3 ans. L'adoption d'un enfant handicapé donne droit à un doublement du congé.

Suppléments aux allocations

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 28 décembre 2006, Ed.3)

Cette loi instaure un supplément annuel aux allocations familiales de 51 EUR pour un enfant âgé de 5 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant l'année civile au cours de laquelle ce supplément est dû, qui n'a pas encore atteint l'âge de 11 ans à cette date et de 71,40 EUR pour un enfant âgé de 11 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant l'année civile au cours de laquelle ce supplément est dû, qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans à cette date. Des mesures ont également été prises, à l'égard des ex-chômeurs et des ex-invalides qui ouvraient le droit à un supplément social. Ces mesures ont pour effet de maintenir le paiement de ce supplément :

- s'ils sont en activité ;

- pour le restant du trimestre dans lequel s'inscrit l'activité, ainsi que durant, au maximum, les huit trimestres qui suivent celui-ci ;
- si cet attributaire conserve la qualité d'attributaire ayant personnes à charge durant ces périodes. A l'égard des enfants qui bénéficiaient des prestations familiales garanties majorées du supplément pour enfants de chômeurs, un droit à ce supplément a été créé, aux mêmes conditions et pour la même période, lorsqu'une activité est entamée générant un droit aux allocations familiales dans le régime des travailleurs salariés.

Arrêté royal du 29 janvier 2007 modifiant les articles 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (M.B. 16 mars 2007)

Cet arrêté étend aux enfants nés après le 31 décembre 2002 et au plus tard le 1^{er} janvier 1996 l'application du nouveau système d'évaluation relatif aux suppléments d'allocations familiales pour enfants atteints d'une affection.

Arrêté royal du 16 mars 2007 instaurant un supplément aux allocations familiales dans le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (M.B. 18 avril 2007)

Cet arrêté instaure dans le régime des travailleurs indépendants un supplément annuel aux allocations familiales en 2007 et pour les années suivantes.

Pour l'année 2007, le supplément annuel est de :

1° 44,40 EUR pour un enfant âgé de 5 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément annuel est dû, et qui n'a pas encore atteint l'âge de 11 ans à cette date;

2° 62,16 EUR pour un enfant âgé de 11 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément annuel est dû, et qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans à cette date. »

A partir de l'année 2008, le supplément annuel est de 62,16 EUR pour un enfant âgé de 11 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément annuel est dû, et qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans à cette date.

Arrêté royal du 26 avril 2007 octroyant un supplément d'allocations familiales en faveur du chômeur qui entame une activité indépendante (M.B. 18 juin 2007)

Cet arrêté qui produit ses effets le 1^{er} janvier 2007 vise l'octroi, pendant une période limitée, à savoir durant le trimestre au cours duquel débute l'activité, ainsi que durant les sept trimestres suivants, d'un supplément à l'ancien chômeur de longue durée qui entame une activité indépendante.

Ce supplément est de:

1° 34,83 EUR pour le premier enfant;

2° 21,59 EUR pour le deuxième enfant;

3° 3,79 EUR pour le troisième enfant et pour chacun des enfants suivants.

Loi-programme (1) du 27 avril 2007 (M.B. 8 mai 2007)

Un supplément mensuel aux allocations familiales est instauré, à partir du 1^{er} mai 2007, pour certaines familles monoparentales qui ne bénéficient pas des allocations majorées pour orphelins et disposent de revenus limités (1.740,15 EUR). De manière générale, par familles monoparentales, il faut entendre les familles au sein desquelles l'allocataire ne

vit pas avec un conjoint et ne forme pas un ménage de fait. Ces mesures bénéficiant aux familles monoparentales prennent des formes différentes selon que ces familles sont ou non bénéficiaires des suppléments sociaux :

- les familles monoparentales bénéficiaires du taux ordinaire uniquement, voient leurs allocations familiales majorées par mois, et pour tout enfant quelque soit son rang, d'un supplément spécifique de 20 EUR;
- les familles monoparentales bénéficiaires d'un supplément social, si elles comptent trois enfants et plus, voient le montant mensuel de ce supplément social, à partir du troisième enfant, passer à 20 EUR.

Pour les travailleurs indépendants, un supplément a également été instauré à partir du 1^{er} mai 2007 par l'arrêté royal suivant.

Arrêté royal du 27 avril 2007 instaurant un supplément aux allocations familiales pour certaines familles monoparentales dans le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (M.B. 18 juin 2007, Ed. 3)

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 et l'arrêté royal du 3 mai 2001 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales (M.B. 6 juillet 2007)

Cet arrêté crée une procédure spéciale d'évaluation de l'affection de l'enfant si l'affection menace le pronostic vital de l'enfant à court terme, procédure par laquelle les allocations familiales majorées peuvent être payées plus rapidement pour ces enfants.

Orphelins

Arrêté royal du 13 février 2007 modifiant certaines dispositions relatives au régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (M.B. 14 mars 2007)

Cet arrêté vise à permettre à un enfant dont le parent allocataire est décédé, de bénéficier des allocations majorées d'orphelin lorsque les conditions de carrière sont remplies par un attributaire qui n'est pas un parent de l'enfant.

Premier enfant dans le régime des indépendants

Arrêté royal du 23 mars 2007 portant augmentation de l'allocation familiale du premier enfant dans le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (MB 29 mars 2007)

Depuis le 1er avril 2007, le montant de base de l'allocation familiale pour le premier enfant a été augmenté de façon substantielle : il est passée de 39,97 EUR à 60 EUR par mois.

Indépendants à titre complémentaire

Arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants (MB 24 mai 2007)

Cet arrêté royal octroie, au 1^{er} janvier 2007, la qualité d'attributaire à certains travailleurs indépendants à titre complémentaire.

Modification des conditions concernant le droit aux allocations familiales pour le jeune ayant quitté l'école et inscrit comme demandeur d'emploi.

Arrêté royal du 17 août 2007 modifiant l'arrêté royal du 12 août 1985 portant exécution de l'article 62, § 5 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B. 10 septembre 2007).

- Pour avoir droit aux allocations d'attente, le jeune ayant quitté l'école doit avoir suivi des études déterminées, conformément à la réglementation du chômage. Désormais, le droit aux allocations familiales en tant que jeune ayant quitté l'école ne dépend plus de la décision de l'Office national de l'emploi sur les études suivies.
- Pour être bénéficiaire d'allocations familiales pendant la période d'attente, le jeune devait rester effectivement inscrit comme demandeur d'emploi pendant toute la période d'attente. Suite à la modification, la radiation en tant que demandeur d'emploi par un service régional de l'emploi n'aura plus de conséquences pour le droit aux allocations familiales lorsque toutes les autres conditions pour avoir droit aux allocations familiales en tant que jeune ayant quitté l'école et inscrit comme demandeur d'emploi restent remplies.

- La suspension de la période d'attente pour cause de maladie avait pour conséquence la suspension de la période d'octroi pour le droit aux allocations familiales. En cas de maladie au cours de la période d'octroi de 270 ou 180 jours civils, les allocations familiales continueront à être octroyées pendant la période entière de suspension ainsi que pendant la période encore à courir de la période d'octroi de 270 ou 180 jours civils. Si le jeune ne peut se faire inscrire comme demandeur d'emploi pour cause de maladie, au début de la période d'attente, les allocations familiales seront néanmoins octroyées, soit à partir du moment où la période d'octroi aurait dû normalement commencer pour le jeune ayant quitté l'école, soit plus tard, à partir de la cessation du droit aux allocations familiales en tant qu'étudiant.
- Dans la réglementation du chômage, une nouvelle mesure qui permet que la période d'attente soit réduite, a été introduite. Pour préserver la cohésion entre la réglementation du chômage et la réglementation des allocations familiales, la période d'octroi de 270 ou 180 jours civils est réduite proportionnellement d'un maximum de trois mois.
- L'octroi des allocations familiales est suspendu pour le mois entier au cours duquel l'enfant exerce une activité lucrative pour laquelle il reçoit un salaire de plus de 394,15 EUR¹ par mois. Le bénéfice d'une prestation sociale sur la base d'un régime belge pour la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles ne fait pas obstacle à l'octroi des allocations familiales. Si l'allocation découle d'une activité autorisée. A l'exception d'une allocation d'accompagnement, le bénéfice d'une allocation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage fait obstacle à l'octroi des allocations familiales. A la suite de la modification, tant le salaire que la prestation sociale ou le total des deux sont soumis au même plafond de revenus que le salaire qui peut être gagné. Les allocations d'attente ou de chômage sont donc autorisées si le montant ne dépasse pas le plafond fixé.

¹ A l'indice actuel des prix à la consommation: 471,05 EUR

VIII PRESTATIONS DE MATERNITE

Repos de maternité

Loi du 20 juillet 2006 portant dispositions diverses. (M.B. 28 juillet 2006, Ed. 2)

La période de repos postnatal de neuf semaines (régime général) peut désormais, à la demande de la titulaire, être prolongée d'une semaine lorsque la titulaire a été incapable de travailler durant toute la période de six semaines précédant la date réelle de l'accouchement ou de huit semaines lorsqu'une naissance multiple est prévue. Cette mesure s'applique aux accouchements qui ont lieu à partir de cette date.

Arrêté royal du 7 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants (M.B. 22 juin 2007, Ed. 2)

Dans le régime des travailleurs indépendants, jusqu'au 30 juin 2007, la période de repos de maternité est une période ininterrompue de six semaines qui prend cours le lendemain du jour de l'accouchement : trois semaines de repos prénatal

et trois semaines de repos postnatal. La titulaire a la faculté d'opter pour une semaine de repos prénatal et cinq semaines de repos postnatal. Une semaine de repos supplémentaire est accordée en cas de naissance multiple.

A partir du 1er juillet 2007, la durée du congé de maternité des indépendantes/conjointes aidantes est augmentée de 6 à 8 semaines (ou de 7 à 9 en cas de naissance multiple). La nouveauté, c'est que la mère n'est désormais plus tenue de prendre la période de repos complète. Le nombre minimum de semaines est donc de 6 (ou de 7 en cas de naissance multiple). Sur demande, la jeune mère doit aussi indiquer les semaines pendant lesquelles elle souhaite prendre son congé de maternité (et non plus la date exacte du début du congé de maternité). Durant la période de repos de maternité, la titulaire ne peut exercer une autre activité professionnelle en quelque qualité que ce soit.

Arrêté royal du 3 mai 2007 modifiant l'arrêté royal du 17 janvier 2006 instaurant un régime de prestations d'aide à la maternité en faveur des travailleuses indépendantes et modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2001 concernant les titres-services (MB 5 juin 2007)

Depuis 2006, les travailleuses indépendantes ont droit après leur accouchement à 70 titres-services gratuits, afin de favoriser une plus grande conciliation entre leur vie familiale et leur vie professionnelle.

A partir du 1er mai 2007, le nombre de titres-services qui peut être obtenu à la suite d'un accouchement est porté à 105.

IX PRESTATIONS D'INVALIDITE

Indemnité d'invalidité minimum

Loi-programme du 27 décembre 2006 (I), (M.B. 28 décembre 2006, Ed.3)

A partir du 1er janvier 2007, le montant minimum de l'indemnité d'invalidité est porté au montant minimum garanti de pension des travailleurs salariés.

Revalorisation et augmentation en indemnité

Au 1^{er} septembre 2007,

- les indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} septembre 1999 et au plus tard le 31 août 2001 ont été revalorisées de 2% (minima exclus),
- les indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté au plus tard le 31 août 1987 (durée d'incapacité supérieure ou égale à 20 ans) ont été revalorisées de 2% (minima exclus).
- l'indemnité minimum allouée aux titulaires ayant la qualité de travailleur régulier a été augmentée (voir également INDEMNITES DE MALADIE),
- le plafond de revenu autorisé des personnes à charge permettant l'octroi d'une indemnité calculée en tant que titulaire avec charge a été augmenté. Il est passé de 743,75 EUR à 758,63 EUR.

X PRESTATIONS DE SURVIVANTS

Cfr supra V.

Cumul avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement

Arrêté royal du 15 décembre 2006 portant modification l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés. (M.B. 22 décembre 2006)

Cet arrêté modifie au 1^{er} janvier 2007 les montants du revenu professionnel autorisé uniquement pour les pensionnés bénéficiant exclusivement d'une pension de survie et n'ayant pas 65 ans.

Les nouveaux montants s'élèvent à 16.000 EUR au lieu de 14.843,13 EUR (en cas de travail salarié) et à 12.800 EUR au lieu de 11.874,50 EUR (en cas d'activité indépendante).

S'il y a charge d'enfant, ces montants sont majorés respectivement de 4.000 EUR (au lieu de 3.710,80 EUR) et de 3.200 EUR (au lieu de 2.968,63 EUR).

Arrêté royal du 20 décembre 2006 portant modification l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés. (M.B. 03 janvier 2007)

Cet arrêté permet le cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement dans les conditions suivantes. Ainsi, une pension de survie peut, durant une période de 12 mois, être cumulée avec une indemnité de maladie, d'invalidité ou avec une indemnité pour cause de chômage complet involontaire. L'indemnité doit couvrir un mois complet ; si ce n'est pas le cas, l'indemnité est considérée comme un revenu professionnel.

A l'issue de la période de 12 mois, la pension de survie est suspendue tant que l'intéressé bénéficie des indemnités visées, sauf s'il y renonce.

Si la pension de survie, durant la période des 12 mois précités ou durant la période où l'indemnité ne concerne pas un mois complet, est supérieure au montant de base de la

garantie de revenus aux personnes âgées, le montant de la pension de survie est ramené au montant de base susvisé.

Réponses aux questions du Comité des droits sociaux relatives à l'application de l'article 12 (Conclusions XVIII-1-Belgique)

Le Comité demande si un seuil minimal à atteindre a été fixé pour le cumul de la pension de vieillesse et de la GRAPA.

Le montant de la Grapa est diminué des pensions du ménage qui ne sont cependant prise en compte qu'à 90%. De plus les ressources prises en compte, sont diminuées de 625 EUR par an si le demandeur est cohabitant ou de 1 000 EUR par an si le demandeur est isolé.

Exemple : au 01.07.2008 le montant annuel de la Grapa pour un bénéficiaire isolé (sans ressources) est de 10.332,39 EUR. Si une personne isolée bénéficie d'une pension de 10.369,322 le calcul de la Grapa donnera juste 0 EUR (parce que $10.369,322 \times 90\% + 1000 = 10.332,39$). Le calcul de la Grapa donnera un résultat de plus en plus élevé à mesure que le montant de la pension diminue.

ARTICLE 12§2.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent :

A maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale.

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

En ce qui concerne les pensions complémentaires :

Les pensions complémentaires du second pilier sont financées par les employeurs seuls ou par les employeurs et les travailleurs.

Le gouvernement encourage la conclusion de pensions complémentaires essentiellement au moyen d'avantages fiscaux.

Les pensions complémentaires viennent (comme le nom l'indique) en complément des prestations du premier pilier, afin de compenser en partie la perte de revenus subie par les travailleurs lors du passage à la retraite.

Le premier pilier reste la protection fondamentale lors de la retraite et n'est nullement affecté par le développement des pensions complémentaires.

Au contraire, il est à présent renforcé par des adaptations structurelles (biannuelles) et ponctuelles des pensions au bien-être, afin de compenser l'écart grandissant entre les pensions, surtout les plus anciennes, et les salaires.

ARTICLE 12§3.

*En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent :
à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut*

Il n'y a pas d'évolution depuis le rapport dernier.

Réponses aux questions du Comité des droits sociaux relatives à l'application de l'article 12 §3 (Conclusions XVIII-1-Belgique)

Le Comité demande quel pourcentage de la population couvre le système du « dossier médical global ».

Le DMG est en croissance constante. Il y en avait 3,4 millions en 2006. Le taux de couverture de la population est d'approximativement 32%.

Province	Total	% DMG / habitant
Anvers	744.719	44%
Brabant Flamand	387.727	37%
Brabant wallon	65.985	18%
Bruxelles Capitale	151.494	15%
Flandre Occidentale	517.656	45%
Flandre Orientale	559.688	40%
Hainaut	243.296	19%
Liège	186.358	18%
Limbourg	421.709	52%
Luxembourg	40.894	16%
Namur	90.600	20%
Total	3.410.126	32%

(données 2006)

ARTICLE 12§4.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent : à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer :

a) l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties ;

b) l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties.

Aucun élément nouveau depuis le rapport précédent.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

1. Le Comité demande d'indiquer si, s'agissant du versement des prestations familiales (« condition de résidence de l'enfant ») et pour garantir l'égalité de traitement au sens de l'article 12 § 4, des accords bilatéraux ou multilatéraux existent avec les pays suivants : Albanie, Arménie, Géorgie et Turquie, s'ils sont envisagés et dans quels délais.

a) Turquie :

La Belgique et la Turquie sont liées par une convention bilatérale de sécurité sociale contenant le principe de l'égalité de traitement ; la Belgique et la Turquie sont également Parties contractantes à la Convention européenne de sécurité sociale.

b) Albanie :

La Belgique a été saisie par l'Albanie en juin 2008 d'une demande visant à conclure une convention bilatérale de sécurité sociale entre les deux pays ; cette demande est actuellement à l'examen.

c) Arménie et Géorgie :

Il n'y a actuellement pas de projet de convention bilatérale de sécurité sociale avec ces deux pays.

2. Allocations pour personnes handicapées aux ressortissants des Etats parties à la Charte ou à la Charte révisée non couvertes par la réglementation communautaire ou par un accord bilatéral.

Suite à un arrêt de la Cour constitutionnelle du 12 décembre 2007, Madame Fernandez Fernandez, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, va tout prochainement présenter au Conseil des Ministres un projet d'arrêté royal prévoyant le droit pour tous les étrangers inscrits au registre de la population en Belgique de prétendre aux allocations aux personnes handicapées. Si ce projet d'arrêté est adopté, tous les ressortissants des Etats parties pourront prétendre aux allocations.

3. Pour les ressortissants d'Etats non membres de l'UE ou de l'Espace

Economique Européen et parties à la Charte ou à la Charte révisée, l'octroi des prestations de sécurité sociale n'est subordonné d'une manière générale à aucune condition de durée de résidence ou d'emploi.

4. Egalité de traitement en matière d'exportation des prestations pour les ressortissants des Etats parties non couverts par la réglementation communautaire ou par un quelconque accord.

En ce qui concerne les pays mentionnés dans les conclusions du Comité, la situation est actuellement la suivante.

a) Albanie :

La Belgique a été saisie par l'Albanie en juin 2008 d'une demande visant à conclure une convention bilatérale de sécurité sociale entre les deux pays ; cette demande est actuellement à l'examen.

b) Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie :

Il n'y a actuellement pas de projet de convention bilatérale de sécurité sociale avec ces trois pays.

c) Bulgarie et Roumanie :

Ces deux pays ont intégré l'Union européenne.

d) Moldova :

La Belgique a été saisie par Moldova en 2008 d'une demande visant à conclure une convention bilatérale de sécurité sociale entre les deux pays ; cette demande est actuellement à l'examen

.

Article 13 : Droit à l'assistance sociale et médicale

Article 13 §1.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

A veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état ;

Evolutions depuis le rapport précédent.

En Communauté flamande.

Mesures spécifiques garantissant le droit à l'aide sociale et médicale des personnes handicapées

La "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap" a été créée par le décret du 7 mai 2004 et succède à l'ancien FSIPH. Il s'agit d'une agence possédant la personnalité juridique, placée sous la tutelle du Ministre flamand compétent en matière d'aide aux personnes handicapées. Le siège de la VAPH est établi à Bruxelles et il y a une section provinciale pour chaque province flamande. Pour les bruxellois flamands, il y a une antenne établie au siège.

La BBB (Beter Bestuurlijk Beleid - une meilleure politique administrative), la réorganisation de grande envergure de l'autorité flamande, a redistribué les diverses compétences. Là où l'ancien VFSIPH (Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap) était compétent en matière d'emploi des personnes handicapées, cette compétence a entre temps (en date du 1er octobre 2008) été totalement transférée au VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding). Au cours de la période de référence 2005-2007 la VAPH est toutefois restée compétente pour traiter l'aide en matière d'emploi et de formation professionnelle. Les services d'inspection du secteur des handicapés, qui étaient auparavant établis au VFSIPH, ont également été regroupés avec les autres services d'inspection dans une nouvelle agence "Inspectie Welzijn en Volksgezondheid » (Inspection bien-être et santé publique).

La VAPH va plus loin que les obligations imposées par l'article 13. La voie normale pour avoir accès à une structure ou pour recevoir de l'aide pour une personne handicapée est réglée par l'Arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 1991 relatif à l'inscription à la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Aucune exigence de revenus n'est posée ; le critère est le besoin d'aide de la personne handicapée.

Pour que ce besoin puisse être évalué correctement, la personne handicapée doit se soumettre à une procédure : insertion par une Equipe multidisciplinaire (indépendante de la VAPH et de l'autorité), ensuite évaluation par la Commission d'évaluation provinciale qui donne un avis à la Section provinciale de la VAPH, qui décide si l'avis est positif et qui fait une proposition de décision si l'avis est négatif. Une reconsidération de cette proposition de décision peut être demandée à la Commission d'avis. Cette Commission émet un nouvel avis, sur base de toutes les données disponibles, fournies ou non par la personne handicapée elle-même. La section provinciale prend ensuite une décision définitive, contre laquelle un recours peut être introduit auprès du Tribunal du travail.

Une exception à cette règle : si la personne est handicapée suite à un accident avec tiers responsable et reçoit une indemnité, la VAPH ne peut intervenir. La personne sera bien reconnue comme personne handicapée, mais ne pourra pas recevoir de subsides. En effet, la personne handicapée a reçu un capital ou une indemnité lui permettant d'organiser sa propre assistance. La personne handicapée peut elle-même conclure une convention avec une structure et payer elle-même l'indemnité. Base juridique : article 6 du Décret du 27 juin 1990 portant création d'un Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een handicap, remplacé à partir du 31 mars 2006 par l'article 14 du Décret du 7 mai 2004 portant création de l'agence avec personnalité juridique « Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap ».

Ici également il y a une exception : si la structure refuse d'accueillir une personne handicapée sans l'approbation de la VAPH, la VAPH conclura une convention avec la personne handicapée par laquelle celle-ci paye les frais de la structure à la VAPH (provenant de l'indemnisation obtenue du tiers responsable) et subventionnera la VAPH via la procédure conventionnelle décrite ci-dessus.

Si la personne handicapée prouve qu'elle a utilisé l'entièreté de l'indemnité obtenue du tiers responsable pour financer son aide, la VAPH subventionnera à nouveau via la procédure conventionnelle.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Concernant la catégorie « cohabitant »

Il y a tout d'abord lieu de faire un rectificatif. En effet, dans le cadre du droit à l'intégration sociale, il y a trois catégories de bénéficiaires:

isolé

cohabitant

personne vivant avec une famille à sa charge.

Dès lors, un couple sans enfant reçoit chacun un taux cohabitant. Ainsi les droits de chacun sont individualisés.

Veillez-trouver ci-joint les chiffres (données 2007) reprenant par catégorie les données entre hommes et femmes. La différence n'est pas très importante pour les cohabitants. Elle se marque plus au niveau de la catégorie des personnes vivant avec une famille à charge puisque près de 85% des bénéficiaires sont des femmes. Cela démontre que ce sont les femmes qui ont majoritairement la charge des enfants.

Les taux en vigueur au 1er septembre 2008 sont :

	Revenu d'intégration sur une base annuelle	Revenu d'intégration sur une base mensuelle
<u>Catégorie 1</u> Personne cohabitante	€ 5.692,45	€ 474,37
<u>Catégorie 2</u> Personne isolée	€ 8.538,68	€ 711,56
<u>Catégorie 3</u> Personne qui cohabite avec une famille à sa charge	€ 11.384,91	€ 948,74

Concernant la définition de la résidence effective

La notion de « séjour habituel et permanent sur le territoire » doit se comprendre :

- séjour « habituel » : résider la majorité du temps en Belgique. cette notion s'explique en opposition aux régimes contributifs de la sécurité sociale qui peuvent, dans certains cas, être exportables ;
- séjour « permanent » : les étrangers doivent être autorisés au séjour sur le territoire du Royaume.

Veillez aussi consulter l'annexe « Droit à l'Intégration Sociale- Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale par catégorie et par sexe ».

Article 13 §2.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux.

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Article 13 §3.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial ;

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Information à jour sur les effectifs des CPAS ainsi que sur l'évolution des dépenses afférentes aux CPAS

En Communauté flamande.

L'autorité flamande est compétente en ce qui concerne les règles organiques relatives aux centres publics d'aide sociale dans la Communauté flamande, en d'autres termes les cinq provinces flamandes. Sur base des données fournies par les communes, nous arrivons aux totaux suivants en matière d'effectif du personnel.

	Personnel CPAS Communauté flamande	Personnel associations de CPAS Communauté flamande
Temps plein	22.934	7.158
Temps partiel	29.179	6.326
Total	52.131	13.484

Les données relatives au compte annuel, au bilan, au compte des résultats, à l'évolution de la dette et aux moyens pour les CPAS en provenance des communes sont disponibles via les *Compte-rendus* annuels de l'Agence de l'Administration intérieure :

- 2005:
<http://www.binnenland.vlaanderen.be/publicaties/jaarbeeld/jaarbeeld2005/1.3.2.2.pdf>
- 2006:

http://www.binnenland.vlaanderen.be/publicaties/jaarbeeld/jaarbeeld2006/jaarbeeld2007_deel1_5.pdf

- 2007:

http://www.binnenland.vlaanderen.be/publicaties/jaarbeeld/jaarbeeld2007/Deel_4.pdf

Pour davantage d'informations concernant le fonctionnement des CPAS, consulter le texte sur la "politique sociale locale" (article 14)

Article 13 §4.

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent :

à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1,2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.

Il n'y a pas d'évolution depuis le rapport dernier.

Article 14 : Droit au bénéfice des services sociaux

ARTICLE 14§1

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties s'engagent :

à encourager ou organiser les services 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

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

En communauté flamande.

Offre de soins pour les personnes handicapées

Vous trouverez ci-dessous un aperçu de tous les types de services et de structures agréés par la VAPH dans le secteur des soins. Il est en outre également possible d'entrer en ligne de compte pour un budget d'assistance personnelle.

Par type de service ou de structure, vous trouverez ci-dessous le nombre agréé à ce moment, ainsi que le nombre de places d'accueil agréées. Le nombre de personnes utilisant cette offre de services et de structures doit quasiment être équivalent au nombre de places agréées – nous nous sommes explicitement informés à ce sujet auprès du Conseil de l'Europe. Une structure accueille parfois des personnes en surnombre.

La VAPH agréée et subventionne les structures et les services qui fournissent de l'aide, sur base collective, à des personnes handicapées. L'Agence ne crée pas de structures elle-même.

Ces structures prévoient l'accueil, le traitement et l'accompagnement (secteur des soins) sur base résidentielle (accueil de jour et de nuit), sur base semi-résidentielle (accueil de jour) ou sur base ambulatoire.

Les structures pour mineurs accueillent les personnes handicapées jusqu'à l'âge de 21 ans, les structures pour adultes à partir de 18 ans :

A. Structures avec internat pour mineurs

Ces structures offrent accueil et accompagnement 24 heures sur 24, et ceci chaque jour de l'année. Cela ne signifie pas que les mineurs doivent être présents en permanence; c'est possible, mais pas obligatoire, étant donné qu'ils peuvent suivre le rythme scolaire et peuvent retourner le plus souvent possible dans leur famille d'origine.

Les mineurs scolarisables qui résident dans une structure avec internat satisfont le plus souvent à l'obligation scolaire dans une école d'enseignement spécial, soit liée à l'internat, soit externe. En ce qui concerne les autres, l'internat se charge totalement des activités de substitution à l'école, des soins et de l'accompagnement.

Dans certains cas, les internats remplissent clairement une fonction de substitution à la famille (par exemple, en cas de placement via la Protection de la jeunesse). Dans d'autres cas, ils constituent plutôt un soutien à la famille; dans ce cas, une concertation continue avec les parents et d'autres membres de la famille est instaurée. Les placements partiels sont également possibles.

Au 31 décembre 2007, 60 internats avec 4.883 lits étaient agréés.

B. Structures avec semi-internat pour mineurs

Contrairement aux internats, les semi-internats pour mineurs ne sont ouverts que de 8 à 18 heures.

Les mineurs handicapés scolarisables doivent être présents 8 heures par jour. Les semi-internats sont d'ailleurs le plus souvent liés à une école d'enseignement spécial. Les mineurs handicapés ne fréquentant pas l'école doivent être présents au moins 6 heures par jour.

Les structures avec semi-internat remplissent plutôt une fonction de soutien et de complément à la famille. Dans certaines situations, elles sont préventives par rapport à un placement en internat. La possibilité d'accueil à temps partiel existe.

Au 31 décembre 2007, 62 semi-internats avec 3.753 places étaient agréés.

C. Centres d'observation, d'orientation, traitement médical, psychologique et pédagogique (les centres d'observation)

Ces structures s'adressent à des mineurs caractériels ou présentant un handicap mental. La durée de séjour est en principe limitée, mais une prolongation peut être accordée.

Le centre d'observation effectue un examen multidisciplinaire sur les aspects neuropsychiatriques, psychopédagogiques et sociaux du handicap. Il rédige un rapport sur le traitement à suivre, l'approche pédagogique et le placement éventuel dans un établissement spécialisé.

Le centre peut à chaque moment de la période d'observation commencer le traitement lui-même, même pour une période relativement courte.

Au 31 décembre 2007, six centres d'observation avec 355 lits étaient agréés.

D. Les centres de court séjour

Les centres de court séjour organisent pendant une courte période l'accueil de jour et de nuit tant des handicapés mineurs que des handicapés majeurs.

Les centres de court séjour remplissent une fonction de soutien à la famille en assurant le remplacement de la famille naturelle dans les périodes difficiles.

Au 31 décembre 2007, 21 centres de court séjour avec 139 lits étaient agréés.

Les enfants, les jeunes ou les adultes peuvent également aller loger pour une courte période (maximum 30 jours par an) dans des internats ou des centres avec offre de logement. Des quotas annuels sont établis à cet effet.

E. Centres pour personnes majeures handicapées qui travaillent (centres pour personnes qui travaillent ou centres de substitution à la famille)

Ces structures offrent un accueil et un accompagnement permanents à des personnes handicapées adultes qui travaillent ou qui sont aptes au travail. Cette occupation a le plus souvent lieu dans des ateliers protégés.

Ces centres sont destinés à des personnes handicapées isolées qui ne peuvent s'intégrer par elles-mêmes dans la vie sociale et pour lesquelles un accueil dans un milieu protégé est indispensable pour une existence indépendante.

En ce sens, ils remplissent une fonction de substitution à la famille. Toutefois, il est prévu suffisamment de vacances, de manière à entretenir, entre autres, les contacts avec le milieu naturel.

Au 31 décembre 2007, 57 centres agréés pour personnes qui travaillent offraient 1.160 lits.

F. Centres pour personnes majeures handicapées qui ne travaillent pas (centres pour personnes qui ne travaillent pas)

Les centres pour personnes majeures handicapées qui ne travaillent pas remplissent en premier lieu une fonction de substitution à la famille. Il est prévu suffisamment de vacances pour entretenir les contacts avec le milieu d'origine. Les accueils à temps partiel sont également possibles.

Au 31 décembre 2007, 165 centres agréés pour personnes qui ne travaillent pas offraient 8.852 lits, dont 4.503 lits "nursing" pour des clients "nursing" (personnes nécessitant beaucoup de soins)

G. Centres de jour pour personnes majeures handicapées qui ne travaillent pas

Les centres de jour sont destinés aux personnes majeures handicapées qui ne peuvent être mises au travail, même dans des ateliers protégés. Ils offrent des activités de substitution au travail et visent l'entretien et l'apprentissage de diverses aptitudes, selon les possibilités de chacun.

Les personnes capables de faire davantage que les activités ordinaires dans un centre de jour, mais qui sont juste au-dessous du niveau d'un travail rémunéré, peuvent, via la méthodique du travail accompagné, travailler à temps partiel et bénévolement dans une structure ou une organisation sociale, chez un particulier ou dans une entreprise.

Les centres de jour fonctionnent sous le régime du semi-internat. Ils sont ouverts de 8 à 18 heures. En fonction de la gravité de leur handicap, les personnes handicapées doivent être présentes de 6 à 8 heures par jour. Le centre de jour doit en principe être ouvert toute l'année. Pour ceux qui le désirent, on vient les chercher le matin à la maison et les reconduire le soir. Un système flexible d'accueil à temps partiel est possible.

Les centres de jour remplissent une fonction de soutien et de complément par rapport à la famille et peuvent, dans certaines circonstances, agir de manière préventive par rapport à un placement dans un centre.

Au 31 décembre 2007, 128 centres de jour avec 3.627 places étaient agréés.

H. Placement dans des familles d'accueil

Les services de placement s'occupent du placement dans des familles candidates de personnes handicapées, tant mineures que majeures. Une fois le placement réalisé, le service exercera un contrôle ambulatoire, il continuera à accompagner et soutenir la famille et à prendre et entretenir les contacts fonctionnels nécessaires.

La famille se charge du logement, de l'éducation générale et de l'accompagnement des personnes handicapées hébergées.

Là où, pour d'autres formes de services, l'on utilisait parfois le terme de substitution à la famille, l'on peut parler ici de "familles de remplacement".

Au 31 décembre 2007, 14 services agréés étaient responsables de 833 placements dans des familles.

En outre, 180 adultes ont pu faire appel à la variante plus indépendante, le logement avec accompagnement d'un particulier.

I. Services d'accompagnement à domicile

Les services d'accompagnement à domicile sont chargés d'une assistance globale à l'éducation pour les familles avec une personne handicapée, qui préfèrent assister celle-ci à domicile plutôt que de la confier à une structure résidentielle. Depuis 2001, ces services peuvent également offrir leur soutien aux personnes habitant de manière indépendante qui ont besoin des connaissances spécifiques du service en matière de handicap. Lors du début d'une situation d'accompagnement à domicile, un programme est établi et signé, en concertation avec la personne handicapée et/ou les parents. Un dossier est constitué et mis à jour. Des réunions régulières de l'équipe et avec les parents ou les personnes qui exercent l'autorité parentale sont requises.

Au 31 décembre 2007, 22 services agréés étaient chargés de 82.526 accompagnements par an.

J. Services de logement accompagné

Les adultes handicapés possédant un certain degré d'autonomie peuvent habiter de manière indépendante moyennant l'existence d'une structure de soutien et d'accompagnement. Ceci peut rendre superflu le placement dans une institution. L'accompagnement indispensable est fourni par un service, éventuellement en collaboration avec des bénévoles soutenus par un service.

Au 31 décembre 2007, 39 services agréés offraient 2.578 places.

Un module² parcours d'insertion est inscrit dans la réglementation actuelle logement accompagné et accompagnement à domicile. Le module parcours d'insertion est une forme d'accompagnement du processus par lequel une personne handicapée et les personnes directement concernées sont activement soutenues, d'une part dans la clarification de leurs besoins en soutien et, d'autre part, dans l'établissement, la coordination et le suivi d'un plan de soutien qui répond à ces besoins et contribue à leur qualité de vie. Cette réglementation stimule la collaboration entre ces services ambulatoires, spécifiquement en vue du développement d'unités d'organisation autonomes « parcours d'insertion ».

Au sein du module parcours d'insertion, les fonctions suivantes peuvent être distinguées :

1. clarification de la demande
2. activation du réseau social en fonction d'une inclusion maximale
3. élaboration d'un plan de parcours d'insertion
4. matching de l'offre et de la demande
5. soutien et suivi du plan de parcours d'insertion

K. Services de logement autonome

Les personnes handicapées physiques qui, d'un point de vue mental, peuvent organiser leur vie de manière totalement autonome, peuvent, en raison de leurs limites physiques, avoir besoin d'assistance pour des activités quotidiennes, telles que se lever, s'habiller, l'hygiène, manger, etc.

La forme d'aide dont question ici garantit cette assistance 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, et ceci au logement de la personne concernée. Ceci rend superflue la prise en charge dans l'une ou l'autre structure.

Cette assistance dans les activités de la vie quotidienne dépend en pratique du degré d'adaptation du logement et des moyens utilisés et utilisables.

Il peut être fait appel à l'assistance dans les activités de la vie quotidienne via un système d'appel et elle doit pouvoir intervenir rapidement. L'assistance est uniquement octroyée sur demande et sur indication des personnes handicapées elles-mêmes.

Au 31 décembre 2007, 22 services agréés offraient 294 places; en outre, 5 services sont agréés mais pas encore réalisés.

L. Les services de logement protégé

Cette forme de services constitue une forme intermédiaire entre l'accueil résidentiel et les services ambulatoires et s'adresse aux personnes qui disposent d'une possibilité d'accueil dans une institution, mais qui, en raison de leurs possibilités, peuvent être reprises et accompagnées dans une forme de soins moins intensive. Le cas échéant, une occupation de jour peut être offerte.

Au 31 décembre 2007, 97 services offraient au total 1074 places. Il s'agit d'une croissance considérable par rapport à l'année précédente.

² "Module" = une ou plusieurs unités d'aide pouvant être mobilisées indépendamment, homogènes, applicables à plusieurs groupes cibles. Un module est défini sur base d'un certain nombre de critères, dont la(les) fonction(s).

M. Logement intégré

Le Gouvernement flamand a approuvé le 17 novembre 2006 l'arrêté relatif aux projets de logement intégré pour personnes handicapées. Le logement intégré est un projet-pilote qui s'achève en 2011. Il permet aux structures de loger les personnes nécessitant davantage de soins dans des projets de logement inclusifs, dans lesquels les personnes handicapées sont elles-mêmes responsables de leurs coûts de vie et de logement. Il en résulte que la structure peut mieux répondre aux demandes concrètes des personnes handicapées. Cela permet en outre aux structures de collaborer de manière plus souple avec les sociétés de logement social. Ainsi, la structure se charge des soins et de l'accompagnement, et le logement est prévu par la société de logement. Dans le cadre de la politique d'extension 2006, 2 projets ont immédiatement débuté. Au 31 décembre 2007, 29 places avaient déjà été reprises dans les projets-pilotes.

N. Centres ou services de revalidation (centres de revalidation)

Ces centres ou services sont responsables de la revalidation fonctionnelle (médicale et paramédicale) des personnes handicapées, soit intra-muros (au sein de la structure d'un hôpital), soit extra-muros.

L'agrément de ces services ou centres est délivré par la VAPH, qui subventionne également l'infrastructure. Les prestations de revalidation sont toutefois à charge de l'INAMI.

Au 31 décembre 2005 il y avait 139 centres ou services agréés de revalidation, qui s'adressent aux catégories suivantes :

- troubles locomoteurs : 32 centres;
- troubles moteurs-cérébraux : pas de centres agréés;
- troubles de la parole et de l'ouïe: 33;
- enfants présentant une problématique de développement: 24;
- revalidation psychiatrique intra-muros: 34;
- revalidation psychosociale ambulatoire: 7;
- handicapés de la vue: 2;
- affections cardiaques: 7.

ARTICLE 14§2

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties s'engagent :

A encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services

Il n'y a pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Contrôle du fonctionnement et contrôle financier des services et structures pour personnes handicapées

En Communauté flamande.

- En ce qui concerne le contrôle du fonctionnement de ces services et structures, nous nous référons aux services d'inspection compétents à cet effet. Comme il a déjà été mentionné (cfr. préambule), ceux-ci n'émanent plus du VAPH mais bien d'une entité distincte.
- En ce qui concerne le contrôle financier, la comptabilité des services et structures agréés par la VAPH est contrôlée par les services d'inspection précités. Les utilisateurs d'un service ou d'une structure qui n'ont pas eu accès à un service ou à une structure déterminé via la VAPH, mais d'une autre manière, peuvent conclure une convention individuelle entre eux-mêmes et la structure afin de garantir un règlement financier correct de l'offre de services.
- Ces contrôles ne s'appliquent pas aux initiatives privées qui ne sont pas agréées par la VAPH, étant donné que jusqu'il y a peu celles-ci étaient considérées comme inexistantes. Il est toutefois possible que ce point de vue devra être adapté à la lumière de la Directive européenne sur les services.

Article 30 : Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les Parties s'engagent :

a) à prendre des mesures dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif notamment à l'emploi, au logement, à la formation, à l'enseignement, à la culture, à l'assistance sociale et médicale des personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation d'exclusion sociale ou de pauvreté, et de leur famille ;

b) à réexaminer ces mesures en vue de leur adaptation si nécessaire.

Evolution depuis le dernier rapport.

Au niveau fédéral

Mesures liées à la lutte contre la pauvreté

I. Le rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010 et le PAN Inclusion

Lors du sommet européen de Lisbonne qui a eu lieu en mars 2000, Le Conseil européen a demandé à la Commission européenne d'aider les Etats membres à atteindre certains objectifs pour 2010. Il s'agit des objectifs suivants :

- augmenter la croissance économique dans le respect du développement durable ;
- augmenter le nombre d'emplois et la qualité des emplois ;
- avoir un impact décisif sur l'élimination de la pauvreté.

A cette fin, la Méthode ouverte de Coordination (MOC) a été mise en place. Les plans d'Actions Inclusions sont un des cinq outils de cette MOC.

Depuis 2005, notre PAN inclusion n'est plus un document indépendant mais il est devenu un chapitre d'un document plus large appelé « Rapport stratégique National Protection Sociale et Inclusion Sociale ».

Des efforts sont faits en vue d'assurer le suivi et l'évaluation des politiques sociales en Belgique. Les groupes de travail « Indicateurs » et « Actions » jouent un rôle important. Le baromètre de mesure de la pauvreté et son évolution ainsi que les politiques mises en œuvre pour lutter contre la pauvreté.

Le logement constitue un des trois défis pour lesquels il a été décidé de poursuivre les efforts dans le rapport stratégique 2008-2010. Les deux autres sont l'activation et la diversité d'une part, et la lutte contre la pauvreté infantile d'autre part. Concernant le logement une attention particulière est portée à la garantie d'accès de tous à l'énergie.

1.1. Suivi des actions du PAN Inclusion 2006-2008 au niveau fédéral :

- Des projets pilotes en matière de commission paritaire locative ont été financés par la Politique des Grandes Villes à Charleroi, Gand, Bruxelles et la détermination dans ce cadre de grilles indicatives de loyers est en cours.
- L'enregistrement des contrats de bail a été rendu obligatoire.
- Les obstacles à l'inscription en adresse de références ont été levés.
- Des moyens supplémentaires ont été alloués au logement dans le cadre des contrats de ville, et un dialogue sur des questions urbaines et de logement a été organisé avec les entités fédérées.

1.2. Objectifs du PAN Inclusion 2008-2010 au niveau fédéral

L'Accès au marché privé et coût des loyers

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

Prévention et lutte contre le sans-abrisme

La déclaration écrite du parlement européen visant à éradiquer le sans-abrisme du monde pour 2015 demande à tous les responsables politiques de développer ensemble une approche cohérente.

En Belgique, le Service de Lutte contre la Pauvreté créé au niveau fédéral organisera un dialogue visant à dégager des recommandations en vue d'une politique effective en matière de sans-abrisme.

Une recherche démarre pour examiner quels leviers existent au niveau fédéral et peuvent être mobilisés pour parvenir, en concertation avec les entités fédérées, à une politique cohérente capable de combattre le sans-abrisme. Il s'agit entre autres :

- de l'adresse de référence,
- de la prime d'installation pour les sans-abri,
- de l'augmentation du nombre de logements de transit,
- des instruments prévus pour le logement des personnes contraintes de quitter une habitation malsaine ou inhabitable,
- ou encore de la procédure de saisie-exécution immobilière.

Une attention particulière sera également portée à la situation des femmes sans-abri, dont le nombre est en augmentation. Pour mieux cerner le phénomène et définir la ligne à suivre, des données quantitatives relatives aux expulsions seront collectées, tandis que des peines plus lourdes seront prévues pour ceux qui se rendent coupables d'expulsions illégales.

II. Plan fédéral de lutte contre la pauvreté

2.1. Contexte

La Belgique s'est dotée d'un secrétaire d'Etat à la lutte contre la pauvreté. Une mesure décidée par ce dernier a été de réaliser un plan fédéral de lutte contre la pauvreté.

2.2. Objet

Il s'agit d'un plan fédéral contenant 59 mesures spécifiques réparties en 6 objectifs (dont le logement décent). Il a été adopté le 11 décembre 2008 par le Conseil des ministres.

A la différence du rapport stratégique et du PAN Inclusion, ce plan concerne exclusivement la Belgique et uniquement les mesures fédérales.

C'est un plan d'action qui consiste à prendre des engagements de développer les moyens concrets pour permettre à chacun de vivre dignement. Il entend, d'une manière réelle et concrète, assurer la sécurité d'existence.

Quatre éléments sont mis en place pour le réussir :

- la mise en place d'un baromètre à dimension interfédérale permanent de mesure de la pauvreté. Il comporte 15 indicateurs ;
- un vrai dialogue avec les personnes en situation de pauvreté ;
- la mobilisation de tous (les pouvoirs publics de notre pays et les acteurs associatifs) ;
- l'Europe comme partenaire de lutte contre la pauvreté (Présidence de l'Union en 2010 par la Belgique).

La problématique du logement est abordée dans ce plan fédéral de lutte contre la pauvreté même s'il s'agit d'une matière essentiellement régionalisée. En effet, dans un contexte de crise du logement, il n'était pas concevable qu'un plan fédéral de lutte contre la pauvreté n'aborde pas le droit au logement décent, dont le caractère est particulièrement transversal³.

L'objectif 4 du plan fédéral s'intitule donc « pouvoir se loger ». Pour atteindre cet objectif, 8 propositions sont énoncées :

- 1) Organiser une campagne de sensibilisation auprès des communes afin qu'elles mettent en œuvre les dispositions prévues en matière d'affichage obligatoire des loyers ;
- 2) En collaboration avec les régions, évaluer le nouveau système de garantie locative ;
- 3) Dynamiser la conférence interministérielle du logement pour favoriser l'échange des bonnes pratiques développées dans les différentes Régions ;
- 4) Formuler des recommandations relatives aux sans-abris dans le cadre du rapport bisannuel 2009 du service de lutte contre la pauvreté ;
- 5) Poursuivre la collaboration avec la Défense dans le cadre de l'accueil et l'aide apportés aux sans-abris ;

³ La caractéristique transversale de cette matière était déjà soulignée dans le Rapport 2003 du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (p. 168) qui précisait que *"le sans-abri n'est pas seulement une personne sans logement, c'est aussi un nomade dans sa tête, qui a perdu son identité et ses repères. Il est tout simplement inconcevable d'envisager son droit au travail dans un tel contexte. Son droit à la santé et le droit à un environnement sain sont tout aussi illusoire, tout autant qu'ils le sont pour les personnes qui vivent dans des logements insalubres : asthme dû à l'humidité, saturnisme, problème d'amiante, intoxication au monoxyde de carbone, ... Le droit au respect de la vie privée n'est que pure théorie quand le locataire d'un logement social, par exemple, doit déclarer s'il héberge quelqu'un de plus au risque de se voir sanctionné. En cas de logement vétuste inadapté ou insalubre, le droit à l'épanouissement culturel et social est étouffé: repli sur soi, honte, impossibilité de recevoir des amis, tensions familiales, etc"*

- 6) Mieux comprendre la particularité vécue par les femmes sans abri. Une étude sera commandée à ce sujet ;
- 7) Analyser les pratiques des CPAS en matière d'octroi de l'adresse de référence afin d'optimiser le recours à ce dispositif ;
- 8) Fournir des données quantitatives sur les expulsions en matière de logement et sur la problématique des « marchands de sommeil » et instaurer une sanction plus lourde aux personnes qui se rendent coupables d'expulsions ou pratiques illégales.

III. Le Baromètre interfédéral de la pauvreté

Comme prévu dans le plan fédéral de lutte contre la pauvreté, un Baromètre Interfédéral de la pauvreté 2009 a été mis sur pied.

3.1. Pourquoi créer un tel outil ?

Parce que les statistiques ont leurs limites : elles se bornent à mesurer la pauvreté monétaire.

Or, la pauvreté ne se limite pas à l'insuffisance de moyens financiers, c'est également l'exclusion, un logement inadapté, de graves problèmes de santé, des soucis quotidiens pour se chauffer, s'alimenter correctement, ou encore payer la garde des enfants.

Une lutte efficace contre la pauvreté doit donc engranger des progrès dans tous ces domaines. Il faut donc pour les mesurer, comparer plusieurs indicateurs dont l'évolution est analysée globalement⁴.

Ainsi le gouvernement fédéral se dote d'un outil d'information, de communication et d'aide à la décision pour mieux lutter contre la pauvreté.

3.2. Description

Il s'articule autour de 15 indicateurs qui soulignent le niveau de pauvreté et de précarité de nos concitoyens dans différents domaines (revenus et dettes, soins de santé, emploi, enseignement, logement et participation et privation non monétaire) en mesurant une ou plusieurs de leurs principales caractéristiques.

⁴ En vue d'atteindre cet objectif trois propositions sont énoncés dans le plan fédéral lutte contre la pauvreté :

- 1) Le Ministre de l'Intégration sociale et le secrétaire d'Etat à la pauvreté s'engagent à présenter un note au Conseil des ministres relative au baromètre permanent de mesure de la pauvreté dans notre pays ; et ce dans la limite des crédits budgétaire qui leur sont alloués.
NB : Il a été présenté et adopté au Conseil des Ministre en date du 11 décembre 2008.
- 2) Le Ministre de la Politique scientifique s'engage à libérer les moyens nécessaires pour l'enquête sur les groupes les plus précarisés, comme les sans-abri, illégaux, gens du voyage *etc.*, afin de compléter les statistiques européennes existantes.
- 3) Le gouvernement fédéral belge s'engage à donner davantage de visibilité à l'aspect pauvreté dans le test DOEB appelé à mesurer les progrès au niveau du développement durable de toute décision gouvernementale.

Ce baromètre est le fruit d'une collaboration avec les Régions et les Communautés, plusieurs services publics fédéraux et services de programmation, des universités des experts en statistique ainsi que plusieurs associations actives dans la lutte contre la pauvreté afin que cet outil reflète au mieux les priorités et points de vue de chacun.

Il s'agit également d'un outil en liaison direct avec le PAN Inclusion et ses indicateurs puisque la plupart des indicateurs qui y figurent sont directement tirés du PAN inclusion.

3.3. Conclusion

Afin de mesurer au mieux les caractéristiques de la pauvreté dans notre pays ainsi que son évolution, cet outil doit pour être évolutif, dans sa forme et dans son contenu.

IV. Un appel à projets relatif à l'augmentation du nombre de logements d'urgence a été lancé⁵.

4.1. Contexte

Garantir à chacun un logement correct et abordable est avancé dans le PAN Inclusion 2008-2010 comme un des plus grands défis politiques belges. Le marché belge du logement connaît un nombre élevé de propriétaires privés et un marché locatif limité. A l'intérieur de celui-ci, l'offre de logements sociaux est réduite et ne permet pas de satisfaire l'ensemble des besoins. La problématique la plus aiguë en matière de logement concerne les personnes qui sont sans abri.

L'objectif de cet appel à projet est d'offrir aux CPAS belges les moyens financiers nécessaires pour augmenter le nombre de logements d'urgence en Belgique.

4.2. Notions

Un "logement d'urgence" est un logement que le CPAS loue pour une courte période à des personnes qui se trouvent dans une situation de besoin. Le contrat de location est conclu pour un maximum de 4 mois, et peut être prolongé une fois.

Le séjour dans le logement d'urgence offre une période temporaire de sécurité de logement pour trouver une solution durable au problème de logement. Cela permet d'éviter aux personnes d'être entraînées dans une spirale descendante de précarité d'existence.

4.3. Public cible

Le logement d'urgence offre une réponse à la situation de personnes qui se trouvent sans logement :

- parce que leur logement a été déclaré insalubre ou inhabitable
- en raison d'un avis d'expulsion
- en raison d'un conflit familial (violence conjugale notamment)
- en raison d'une catastrophe telle qu'un incendie ou une inondation
- parce qu'elles sont sans-abri
-

Il ne s'agit donc pas d'une solution à proposer à des personnes qui cherchent à déménager parce que leur loyer est trop élevé, pas plus qu'à des demandeurs d'asile qui s'installent sur le territoire de la commune .

⁵ Circ. min. du 18 décembre 2008 Appel à projets "Augmentation du nombre de logements d'urgence"

4.4. Subsidies

Un CPAS peut donc obtenir les subsides suivants :

- maximum 37.500 € pour des travaux de rénovation ou de transformation ayant pour but d'augmenter le nombre de logement(s) d'urgence ;
- maximum 18.750 € pour l'aménagement et l'équipement de ce(s) logement(s) d'urgence.

Ces subsides peuvent être cumulés, mais chaque CPAS ne peut bénéficier que d'un subside total de 56.250 € par an.

L'affectation du subside doit permettre:

- o de mettre le(s) logement(s) en conformité avec les normes de salubrité et de sécurité applicables aux logements destinés à l'hébergement de personnes, telles que définies dans les législations régionales;
- o d'équiper complètement le(s) logement(s) d'urgence avec tout le nécessaire pour assurer un accueil de qualité.

V. Mesures liées à la Politiques des Grandes Villes

Introduction

La politique fédérale des grandes villes trouve son fondement dans la loi du 17 juillet 2000⁶ déterminant les conditions auxquelles les autorités locales peuvent bénéficier d'une aide financière de l'Etat dans le cadre de la politique urbaine.

A cette fin les villes définissent elles-mêmes un programme d'intervention qui forme la base de leur contrat de ville ou de leur contrat de logement.

A partir de l'année 2005, la Politique fédérale des grandes villes a doté ses contrats d'un rythme pluriannuel.

Ils s'étalent ainsi sur la période 2005 - 2007. Les villes peuvent ainsi adopter une approche à plus long terme. En outre, les contrats pluriannuels représentent une diminution de la charge administrative pour les villes et les communes concernées.

La Politique fédérale des grandes villes conclut deux types de contrats avec les villes: les contrats de ville, lancés en 1999 et essentiellement axés sur l'amélioration de la situation dans les quartiers en difficultés et les contrats logement, lancés en 2005 dans le cadre du plan logement du gouvernement fédéral (Conseils extraordinaires des ministres à Gembloux et à Ostende en 2004).

⁶ Cfr. L. du 17 juillet 2000 déterminant les conditions auxquelles les autorités locales peuvent bénéficier d'une aide financière de l'Etat dans le cadre de la politique urbaine, *M.B.*, 4 août 2000, pp. 26778; A.R. du 12 août 2000 précisant les modalités d'application de la loi déterminant les conditions auxquelles les autorités locales peuvent bénéficier d'une aide financière de l'Etat dans le cadre de la politique urbaine, *M.B.*, 19 août 2000, pp. 28085 et s., A.R. du 26 septembre 2001 modifiant l'arrêté royal du 12 août 2000, précisant les modalités d'application de la loi déterminant les conditions auxquelles les autorités locales peuvent bénéficier d'une aide financière de l'Etat dans le cadre de la politique urbaine.

Contrairement à de nombreux programmes d'aides financières, le programme Politique des grandes villes n'exige aucune contrepartie financière des autorités locales, tenant compte de la situation particulièrement difficile des communes concernées. Les projets peuvent donc être financés à 100% par le Programme. Il a pour vocation de soutenir les projets à caractère novateur, projets qui n'auraient pu voir le jour autrement.

En 2007, suite au retard encouru dans la formation du gouvernement, l'incertitude quant au maintien de nombreux emplois a crû dans les villes dotées d'un contrat de ville ou d'un contrat logement (au total, environ un millier d'employés sont concernés). La fin des contrats pluriannuels 2005-2007 approchant, il a été décidé que pour 2008, les contrats seraient prolongés d'un an.

Pour l'année 2009, des contrats annuels sont de nouveau conclus. Dans le budget général de l'Etat un montant de 67 millions d'euros est prévu pour les contrats avec les 17 villes et communes. Le discernement entre les contrats de villes et les contrats de logement disparaît.

1. Les contrats de villes

En concluant des contrats avec 15 villes et communes⁷, la Politique fédérale des grandes villes entend s'attaquer plus activement aux causes des problèmes de cohabitation dans les quartiers urbains: l'insécurité, une pauvreté grandissante, l'exode urbain, la spéculation et des infrastructures insuffisantes.

Sur la base d'une évaluation des précédents contrats de ville, cinq objectifs stratégiques thématiques ont été retenus, sur la base desquels ont été développés les conventions pluri-annuelles:

1. Un développement intégré des quartiers dans la ville
2. Une économie locale vivante, des emplois durables de proximité
3. Une cohésion sociale forte dans les quartiers
4. Une ville en santé, dans un environnement sain

5. Une meilleure offre de logements

Les villes choisissent les priorités d'actions qu'elles développeront dans leur contrat, en se basant sur un diagnostic et une analyse des besoins.

Ces objectifs stratégiques généraux sont ensuite transposés en objectifs opérationnels. Cette opérationnalisation des objectifs stratégiques doit permettre à la ville/commune de mesurer progressivement les résultats obtenus afin de pouvoir évaluer de manière optimale le programme pluriannuel.

⁷ Anvers, Gand, Ostende, Mons, Liège, Charleroi, La Louvière, Seraing, Ville de Bruxelles, Anderlecht, Saint-Gilles, Saint-Josse, Schaerbeek, Molenbeek, Forest

Outre les objectifs stratégiques et opérationnels, les villes sont priées d'accorder une attention toute particulière à divers accents transversaux:

1. Insertion socioprofessionnelle
2. Egalité des chances
3. Diversité et interculturalité
4. Participation des habitants
5. Développement durable

Au total les conventions pluriannuelles 2005-2007 des 15 villes et communes comprennent 167 projets. Seul 6 de ces projets concerne le logement ceci en raison de l'existence du programme de soutien spécifique « logement ».

Le budget total affecté aux contrats de villes pour le programme pluriannuel 2005-2007 est fixé à 128.652.000 €.

2. Les contrats logement

En 2004, le gouvernement fédéral a décidé d'augmenter le budget du Programme Politique des grandes villes en faveur du logement.

Il entend ainsi soutenir une politique communale de mixité et de cohésion sociale, à travers les efforts consentis en matière de logement.

Les moyens supplémentaires alloués aux logements sont destinés à 17 villes et communes⁸. Ils sont utilisés pour soutenir la réalisation de projets dans le cadre des objectifs suivants :

- Favoriser une offre de logements locatifs de qualité à un prix abordable, dans une optique de mixité sociale ;
- Faciliter l'acquisition de biens pour les familles disposant de faibles ou moyens revenus, ainsi que pour les jeunes ;
- Renforcer la politique communale de lutte contre l'insalubrité et les marchands de sommeil, ainsi que contre l'abandon des logements.
- Mettre sur pied des actions transversales visant la réinsertion de public-cible.

Le choix des villes bénéficiaires de la subvention dans le cadre du Plan logement du Programme Politique des grandes villes a été opéré, sur la base de critères urbains (nombre d'habitants, densité de population et revenu) et de critères spécifiquement liés à la situation du logement (degré de confort du logement, âge du bâtiment, état global du logement, superficie des logements d'occupation). Le montant de la subvention a ensuite été réparti entre les 17 villes et communes retenues en tenant compte de la tension du marché locatif au niveau local et de la pression immobilière depuis 10 ans, sur une base régionale.

Pendant la période 2005-2007, ces nouveaux moyens ont surtout été alloués à des projets d'investissement qui créent de nouveaux logements.

⁸ A savoir les 15 villes et communes qui bénéficient déjà d'un soutien dans le cadre des contrats de villes, ainsi qu'à Malines et à Saint Nicolas.

Ces subsides fédéraux devaient contribuer à créer 3000 logements et donc réimplanter ou fixer 3000 familles :

- 1500 directement (financement Plan logement)
- 1500 indirectement (co-financement)

3. Etudes

3.1. Habitat solidaire. Etude sur les possibilités de reconnaissance de l'habitat groupé pour les personnes en précarité sociale

Etude réalisée pour le compte du Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté et Economie sociale en novembre 2006.

Par une équipe de recherche constituée de :

Habitat et Participation : Daniel Mignolet, Pascale Thys et Benoît Debuigne (Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale francophone)

SUM Research : Raf Myncke et Brecht Vandekerckhove (Région flamande et Région de Bruxelles-Capitale néerlandophone)

Facultés Universitaires Saint-Louis : Nicolas Bernard et Martine Van Ruymbeke (aspects juridiques)

Avec les contributions d'un comité d'accompagnement constitué des représentants de la Ministre de la Justice, du Ministre du Budget, du Ministre des Finances, du Ministre de l'Intérieur, du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, du Ministre de l'Emploi, du Ministre de l'Intégration sociale et de la Politique des Grandes Villes, du Ministre des Pensions, des Ministres régionaux et communautaires et des chercheurs chargés de l'étude scientifique.

3.2. Recherche sur la mise en place d'expériences pilotes en matière de commissions paritaires locatives dans les villes de Bruxelles, de Charleroi et de Gand.

Les chercheurs :

Il s'agit d'une équipe interuniversitaire :

- 1) Centre de Recherche Urbaine de l'Université Libre de Bruxelles (T. Dawance)
- 2) Onderzoeksgroep Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad, Université d'Anvers (J. Laureys et L. Goossens)
- 3) Réseau Interdisciplinaire de Recherches sur Bruxelles des Facultés Universitaires Saint-Louis (N. Bernard et L. Lemaire)

En communauté flamande

1. Accès au marché du travail pour les personnes en situation de précarité

Un emploi rémunéré sur le marché du travail régulier permet à la plupart des gens de structurer leur vie quotidienne. Bien que la relation entre travail et pauvreté ne soit pas univoque et linéaire, le travail constitue la principale source de revenus et de sécurité sociale. L'autorité flamande veut faciliter l'accès au marché du travail également pour les gens en situation de précarité.

1.1. Evolutions dans l'économie plurielle

1.1.1. Economie plurielle et entreprises d'insertion

En 2000, la Flandre a développé les entreprises d'insertion et les divisions d'insertion y afférentes dans le cadre des programmes d'impulsion et de soutien de l'économie plurielle, et ce afin d'encourager l'emploi des groupes défavorisés.

Il est toutefois apparu de plus en plus qu'entreprendre ne se limite pas à simplement viser des objectifs économiques. Le 15 juillet 2005, le gouvernement flamand a approuvé le nouvel arrêté concernant l'agrément et le financement des entreprises d'insertion. Outre l'occupation des groupes défavorisés, le nouvel arrêté vise la formation et l'accompagnement des travailleurs en insertion et la responsabilité sociale des entreprises.

Jusqu'en septembre 2007 inclus, 31 nouvelles entreprises d'insertion ont été agréées et 4 entreprises d'insertion se sont étendues. Ceci a permis de créer 909 postes ETP potentiels pour des travailleurs en insertion.

1.1.2. Les ateliers sociaux

Les ateliers sociaux offrent une organisation du travail particulière et un accompagnement approprié au groupe cible le plus difficile parmi les chômeurs de longue durée : les personnes qui ne peuvent être occupées que dans un milieu protégé. Dans le cadre du Meerwerkplan (plan pour plus d'emplois), on a étendu cette initiative en prévoyant 100 ETP travailleurs du groupe cible en plus ainsi que 20 ETP personnel d'encadrement en plus. Lors de la mise en oeuvre de l'accord VIA 2006-2010, des moyens seront libérés dans les années à venir pour accroître annuellement tant le nombre de travailleurs du groupe cible (42 ETP) que le personnel d'encadrement (8 ETP).

Dans le cadre du projet "Energiesnoeiers" (promotion d'une utilisation rationnelle de l'énergie), on a prévu en 2007 une extension pour les ateliers sociaux : + 50 ETP travailleurs du groupe cible et + 10 ETP personnel d'encadrement.

1.1.3. Ateliers protégés

Le processus de réintégration sociale des personnes handicapées ne s'arrête pas aux portes de l'entreprise ou aux portes de l'atelier protégé. Les ateliers protégés jouent un rôle important pour mettre à la disposition des personnes handicapées plus d'emplois à leur mesure.

Depuis le 1er avril 2006, la compétence politique et administrative est transférée du domaine Action sociale, l'ancien Fonds social pour l'intégration sociale des personnes

handicapées, vers le domaine Emploi et Economie sociale, l'Agence flamande de subventionnement Emploi et Economie sociale. De ce fait, les mesures pour l'emploi en faveur des personnes handicapées peuvent être intégrées dans la politique d'inclusion dans le travail et dans la politique d'économie sociale.

1.1.4. Travail assisté

Le travail assisté s'adresse aux personnes qui ne peuvent pas travailler dans le circuit régulier ou protégé en raison de caractéristiques personnelles telles qu'instabilité psychique, résistance extrêmement faible au stress ou manque de confiance en soi. Il a été décidé de ne pas créer de nouveau circuit pour ce groupe cible : le concept de travail assisté est intégré dans les structures et dispositifs existants.

Dans le cadre du 'Meerwerkplan' (plan pour plus d'emplois), le gouvernement flamand a décidé le 20 juillet 2006 de lancer des projets pilotes concernant « l'agrément en matière de travail assisté » et de prévoir une extension du travail assisté au sein de l'économie sociale en ouvrant 100 places supplémentaires dans les ateliers sociaux.

1.2. Pièges à l'emploi

1.2.1. Accueil des enfants

La Flandre s'attaque aux pièges à l'emploi en améliorant les conditions connexes pour les demandeurs d'emploi et les inactifs : accueil des enfants (souple) et mobilité géographique.

L'autorité flamande a commencé en 2007 à étendre l'offre de structures pour un accueil des enfants flexible et occasionnel. En développant un accueil flexible, on veut faire une offre aux parents qui, en raison de leur situation de travail (chômage), ont besoin d'un accueil régulier à des heures atypiques.

Autre aspect important : la liaison entre l'extension de l'offre et la création d'emplois supplémentaires pour des personnes qui sont plus éloignées du marché du travail. Grâce à ce plan d'action, 750 emplois à temps plein seront créés dans les structures d'accueil des enfants.

Une des mesures de ce plan est spécifiquement axée sur les personnes en situation de précarité: il s'agit de poursuivre le développement d'un accueil des enfants occasionnel de proximité dans les villes centrales. Une enquête de l'Association des villes et communes flamandes (VVSG) auprès des villes et communes concernées nous apprend que quelque 150 ETP sont occupés dans le cadre de ces plans d'action.

1.2.2. Mobilité

Par un certain nombre de mesures en matière de mobilité, le VDAB essaye de répondre aux besoins des groupes à risque dans les situations les plus précaires, notamment en leur donnant des réductions sur les transports en commun.

En 2006, 20.433 demandeurs d'emploi ont reçu un abonnement du réseau De Lijn soit gratuit (demandeurs d'emploi en formation) soit à un prix avantageux (12,50 euros pour les demandeurs d'emploi en parcours d'insertion). De plus, les demandeurs d'emploi qui vont postuler pour un emploi peuvent obtenir un ticket de train à bon marché (1 euro pour un aller ;deux euros pour un aller retour) après présentation d'une attestation du VDAB. En 2006, 13.157 attestations ont été délivrées à 4.957 demandeurs d'emploi.

1.3. Participation équilibrée et non-discrimination

Instant A

L'agence d'intérim social Instant A est un canal par le biais duquel des jeunes (16-30 ans) peuvent transiter vers une formation ou du travail dans le circuit économique normal, moyennant un accompagnement et un soutien sur le plan social. Ce sont principalement des jeunes qui ont significativement moins de chances sur le marché du travail en raison d'un manque d'expérience professionnelle et d'un faible niveau de scolarisation. Chaque jour, Instant A met 193 personnes au travail dans différentes entreprises.

Plan Wep-plus

Le plan Wep-plus donne chaque année à plus de 2.000 chômeurs de longue durée et bénéficiaires du revenu d'intégration peu qualifiés une expérience professionnelle temporaire de maximum 12 mois chez des employeurs du secteur non marchand. L'objectif est de faciliter ainsi leur (ré)intégration sur le marché du travail. Pendant leur occupation, une attention particulière est accordée à la formation et à l'accompagnement, le tout axé vers une transition vers un emploi régulier.

En 2006 et 2007, 75 ETP ont été accordés à 5 entreprises de formation par le travail. Ces entreprises sont les employeurs des travailleurs du groupe cible qu'elles mettent pendant 9 mois maximum à la disposition d'autres employeurs. On a également confié à 3 organisations une mission de développement afin de formuler des recommandations politiques au sujet de l'avenir du plan Wep-plus.

ATB

Les services ATB (ArbeidsTraject Begeleidingsdiensten/ Services d'insertion professionnelle) sont des dispositifs agréés pour orienter les personnes handicapées vers le marché du travail régulier ou vers un atelier protégé.

Le parcours d'insertion est défini sur mesure pour les demandeurs d'emploi en tenant compte de leurs limites et possibilités individuelles.

En 2006, 81.783 parcours ont été établis dont 8.368 (plus de 10 %) ont été encadrés par les services ATB. La sortie vers l'emploi de ces parcours ATB s'est élevée à 52,3 %, largement au dessus de l'objectif de 38 %.

Parcours sur mesure pour les personnes en situation de précarité

Les gens en situation précaire doivent souvent surmonter des problèmes multiples et complexes sur leur trajectoire vers un emploi. Ils ont donc absolument besoin d'un parcours sur mesure. Les experts du vécu en pauvreté peuvent jouer un rôle important mais des mesures structurelles sont également nécessaires.

Pour concevoir des parcours sur mesure pour les personnes en situation de précarité, on consent les efforts suivants :

- on fait appel à des experts du vécu pour les parcours destinés aux personnes en situation précaire. Il y a actuellement six experts du vécu au sein du VDAB ;
- en raison d'une augmentation de la part de bénéficiaires du revenu d'intégration, le VDAB collaborera plus étroitement avec les CPAS au sein des maisons pour l'emploi ;
- les consultants du VDAB sont formés pour définir des parcours sur mesure pour les personnes en situation de précarité. Il importe dans ce contexte de détecter les demandeurs d'emploi en état de précarité. Les initiatives prises par Spoor 21 (service de formation interne du VDAB) se poursuivent dans ce cadre. Au cours d'une formation de 2 jours, les consultants apprennent ce qu'est la précarité, ils apprennent à utiliser la liste qui a été mise au point de « clignotants précarité » et ils apprennent comment adapter leur méthode d'accompagnement à ce groupe cible. Cette formation s'est poursuivie en 2008 en collaboration avec le Réseau flamand des associations où les pauvres prennent la parole.
- si on détecte un demandeur d'emploi en situation de précarité, on discute de la suite du parcours et on la définit avec un expert du vécu.

1.4. Plus de place pour les talents

1.4.1. Investissements sociaux dans la formation

Le gouvernement flamand et les partenaires sociaux souscrivent au principe voulant que la formation s'adresse à tout un chacun, quel que soit son niveau de scolarisation ou son sexe. Lors de l'élaboration de la politique de formation, on veille à toucher des groupes cibles spécifiques (travailleurs âgés, peu qualifiés, allochtones, personnes handicapées) et on prend des initiatives spécifiquement axées sur des groupes défavorisés.

En 2007, le gouvernement flamand et les partenaires sociaux ont approuvé "l'agenda des compétences". Celui-ci fixe 10 priorités : permettre de choisir des études et une orientation professionnelle en étant bien informés ; des places de stage meilleures et en plus grand nombre ; un plan d'action dans l'enseignement pour former à l'esprit d'entreprise ; renforcement du bilan de compétences ; plan d'action chômage des jeunes ; encourager le développement d'une politique des compétences ; les travailleurs âgés ; encourager les travailleurs à développer leurs compétences ; apprendre à gérer les changements en cours de carrière ; renforcer l'angle d'approche sectoriel.

1.5. Services de base intégrés

1.5.1. Charte du demandeur d'emploi

La Charte du demandeur d'emploi explicite les droits du demandeur d'emploi et définit les responsabilités des divers acteurs intermédiaires sur le marché du travail.

Dans les années à venir, le VDAB veut se concentrer sur l'amélioration constante de la qualité des services fournis aux clients, ceci afin de trouver des solutions à offrir aux clients insatisfaits et d'améliorer l'organisation. En 2006, le VDAB a traité 1.043 plaintes, soit une augmentation de 18% par rapport à 2005. Les plaintes concernent notamment l'arrêt d'une formation, le fait de ne pas avoir été admis à une formation, le parcours d'insertion ou les offres d'emploi,...

1.5.2. Les maisons locales pour l'emploi

Les maisons locales pour l'emploi rassemblent sous un même toit tous les services destinés aux personnes cherchant un emploi : le VDAB, mais aussi par exemple le CPAS ou les services communaux. La maison pour l'emploi est une initiative facile d'accès, rassemblant toutes les actions à l'intention des demandeurs d'emploi et qui travaille avec un système unique de suivi du client auquel tous les partenaires de la maison pour l'emploi sont connectés.

1.5.3. Définition d'un parcours sur mesure

Il s'agit d'une méthodique dans le cadre de laquelle un consultant (toujours le même), l'accompagnateur de parcours, accompagne le demandeur d'emploi le plus rapidement et le plus efficacement possible vers une occupation durable. Le consultant définit avec le demandeur d'emploi les différentes étapes menant à un emploi, sur la base d'une analyse des points forts et des points faibles du demandeur d'emploi. L'accompagnateur suit le demandeur d'emploi au cours des différentes étapes de son parcours et adapte éventuellement ce dernier en concertation avec le demandeur d'emploi.

Pour ce qui concerne les 4 groupes à risque – travailleurs âgés, allochtones, personnes handicapées et peu qualifiés – on préconise une surreprésentation positive de ces groupes par rapport à leur part dans le groupe total des demandeurs d'emploi inoccupés (DEI).

1.6. Parcours intégraux ou parcours d'activation pour les demandeurs d'emploi fort éloignés du marché du travail

Chez quelque 20% des demandeurs d'emploi de longue durée qui sont actuellement convoqués par le VDAB dans le cadre du volet curatif de l'approche intégrale, on observe des problèmes qui ne peuvent pas être résolus directement par un parcours orienté vers le marché du travail régulier. Le VDAB a effectué un screening approfondi de ce groupe de demandeurs d'emploi de longue durée afin de cerner leurs problèmes spécifiques. On y trouve souvent des problèmes de précarité complexes qui doivent être surmontés sur la voie menant à une mise à l'emploi..

Chaque année, quelque 600 trajets intensifs action sociale-travail sont mis en place pour des demandeurs d'emploi ayant des besoins particuliers en terme d'assistance. Au printemps 2007, on a entamé le screening. Les premiers parcours d'activation ont débuté le 1^{er} mai 2007.

1.7. Personnes en situation de précarité en tant que groupe défavorisé au sein de la politique de diversité

Dans le cadre du plan d'action du VESOC 2007 'Participation équilibrée au travail et diversité', 5% minimum (= une trentaine sur les 600) des plans diversité à subventionner développeront des actions spécifiques pour les personnes pauvres ou des ex-détenus. On réserve un budget de 150 000 à 175 000 euros pour ces plans.

Les plans de diversité portent une attention particulière aux thèmes suivants : pauvres et illétrés fonctionnels; intégration d'experts du vécu en pauvreté dans le circuit économique normal; développement d'une formation pour les travailleurs de terrain diversité au sujet des points problématiques pour les pauvres sur notre marché du travail et suggestions d'approche et, enfin, mise au point de projets pour les ex-détenus, une catégorie de personnes qui est particulièrement sensible au piège de la pauvreté.
--

1.8 Economie de services locale

Les initiatives dans l'économie de services locale sont des services qui répondent à des besoins individuels ou collectifs et qui sont fournis à proximité physique (zone délimitée dans l'espace) et /ou figurée (dimension relationnelle) de l'utilisateur. Ces initiatives recourent à une forme spécifique d'approche participative. Cette approche vise à augmenter la viabilité et la qualité de vie d'un quartier ainsi que la qualité de vie de la population. Généralement, cela est lié à une création d'emplois pour des gens du même quartier.

En 2007, un budget de 8,6 millions d'euros a été réservé sur le budget flamand pour l'économie de services locale, un peu plus de 2 millions d'euros en plus qu'en 2006. Cela a permis de financer différents projets: agents de prévention et de médiation dans les bus et aux alentours des écoles, plans d'action pour lutter contre le chômage des jeunes ; accueil des enfants flexible et occasionnel ; projets d'économie d'énergie, points vélo, ...

1.9. Formation et mise au travail des experts du vécu

Les experts du vécu en pauvreté et exclusion sociale remplissent un rôle important dans la lutte contre la pauvreté. Ils augmentent l'efficacité de la politique menée pour les pauvres et de l'aide qu'on leur procure. Les experts du vécu servent d'interprètes, de médiateurs entre l'intervenant et le pauvre, ils apportent un soutien, ils signalent des points problématiques, facilitent l'accès aux dispositifs. Un programme de formation spécifique a été mis au point pour eux.

Fin septembre 2007, on comptait 54 experts du vécu en pauvreté et exclusion sociale ayant terminé la formation ; 43 d'entre eux sont occupés comme experts du vécu, dont 10 chez Kind en Gezin, 7 dans divers services publics fédéraux et 3 au VDAB. La plupart des autres experts du vécu ont trouvé un emploi dans des organisations non marchandes du secteur de l'aide sociale.

2. Logement pour personnes en situation de précarité

Le logement est un élément fondamental pour le bien-être des gens : il a un impact sur l'état de santé, les prestations des enfants à l'école, le développement d'un bien-être social et psychologique, etc. Les gens en situation de précarité considèrent la politique du logement comme une des principales clés pour améliorer leur vie quotidienne.

2.1. Agences immobilières sociales

Les agences immobilières sociales (SVK) louent des habitations sur le marché privé pour, après rénovation ou aménagement, éventuellement les sous-louer à des familles ou des isolés à la recherche d'un toit. Fin 2007, on comptait 49 SVK agréées en Flandre, dont 37 reçoivent des subventions de l'autorité flamande pour les frais de personnel et de fonctionnement. En outre, il y a encore un certain nombre de SVK non agréées et de SVK qui démarrent.

Fin décembre 2007, les SVK agréées par la région flamande géraient un total de 3.868 habitations, soit une augmentation de plus de 9 % par rapport à 2006.

2.2. Subventions au loyer

La Flandre veut que l'on puisse louer de bonnes habitations privées à un prix raisonnable. Elle réalise cet objectif notamment en donnant des subventions à des locataires qui, sans cela, ne pourraient pas se payer un logement de qualité sur le marché privé des locations.

Le Gouvernement flamand a adopté le 2 février 2007 le régime définitif de subvention aux loyers. Voici les principales modifications apportées au système existant : l'indexation du plafond de revenus et des prix de location maximum, l'octroi d'une prime unique à l'installation équivalente à 3 fois la subvention mensuelle au loyer pour alléger les coûts du déménagement, le contrôle de la qualité de l'habitation via les normes imposées dans le Code flamand du logement, une diminution de la durée maximum de la subvention au loyer de 15 à 9 ans, une subvention dégressive. Les personnes de plus de 65 ans et les personnes souffrant d'un grave handicap reçoivent une subvention au loyer pendant toute leur vie et de façon non dégressive. Enfin, le groupe cible de la mesure a été étendu aux nouveaux locataires d'habitations privées louées via une agence immobilière sociale (SVK).

2.3. Organisations de locataires

Le 29 septembre 2006, le gouvernement flamand a adopté un nouvel arrêté relatif à l'agrément et au subventionnement des organisations de locataires. Ce nouvel arrêté relève les moyens financiers consacrés aux subventions et prévoit la possibilité de mettre en place des points d'appui régionaux supplémentaires, limités toutefois à un par province. Cette extension doit contribuer à étendre le service, à avoir une meilleure répartition régionale grâce à la décentralisation des lieux de conseil et à toucher plus largement le public visé. L'effectif des organisations de locataires est passé de 14.800 membres individuels en 2003 à 18.888 en 2006. En outre, plus de 450 organisations et services locaux font partie à titre collectif d'un syndicat de locataires.

En 2007, les services décentralisés des organisations de locataires ont continué à se développer.

2.4. Extension de l'offre de logements sociaux

La part du logement social en Flandre s'élève à environ 6 % du nombre total d'habitations. Cette part limitée est insuffisante pour répondre à la demande de logements sociaux de ceux qui cherchent un toit. De plus, il existe de grandes différences dans la taille du parc de logements sociaux entre communes et entre régions. D'ici 2020, l'autorité flamande souhaite construire 45.000 logements sociaux en plus.

2.5. Obligations de service public dans un marché du gaz naturel et de l'électricité libéré

Pour éviter que l'on puisse couper sans autre forme de procès l'alimentation en gaz ou en électricité de gens ayant des difficultés pour payer leur facture, on a introduit un certain nombre d'obligations sociales de service public pour les clients domestiques. Le principal point est que la fourniture d'électricité et de gaz naturel est reprise par le gestionnaire de réseau si le contrat de livraison est résilié par le fournisseur. Les personnes concernées ne se retrouvent donc pas sans énergie.

L'arrêté du gouvernement flamand du 22 décembre 2006 a adapté sur un certain nombre de points les arrêtés relatifs aux obligations de service public. Voici en quoi consistent les principales modifications :

- le placement gratuit d'un compteur à budget chez les clients protégés et non protégés qui ne paient pas leur facture au gestionnaire de réseau
- la prolongation à 2 mois du délai pour le placement d'un compteur à budget, après que le client n'a plus non plus payé ses factures au gestionnaire de réseau;
- le relèvement de la fourniture minimum de 6 à 10 ampères
- l'harmonisation de la période d'hiver pendant laquelle on ne peut pas couper le gaz naturel et l'électricité de même qu'une prolongation de la période (qui passe de 2 à 3 mois) : entre le 1er décembre et le 1er mars, aucune famille ne peut être privée de gaz naturel ou d'électricité.

2.6. Politique des groupes cibles pour l'attribution locale des logements sociaux

En application de l'article 28 de l'arrêté du gouvernement flamand du 12 octobre 2007 réglementant le régime de location sociale et portant exécution du titre VII du Code flamand du Logement (Moniteur belge du 7 décembre 2007), les autorités locales peuvent adopter un règlement spécifique pour l'attribution d'un logement social tenant compte des besoins de groupes cibles spécifiques. De cette manière, une commune peut définir, dans son règlement d'attribution, un ou plusieurs groupes cibles qui sont prioritaires.

Les raisons pour ce faire peuvent être que localement:

- il y a une offre insuffisante de logements adaptés pour les personnes âgées ou handicapées, par exemple;
- il y a un accès trop difficile au logement en raison du background psycho/social des locataires potentiels comme des ex-détenus, des ex-partients psychiatriques, des familles monoparentales, ...;
- il existe une situation spéciale comme le besoin de reloger des habitants d'un camping.

Il s'agit donc toujours de groupes cibles nécessitant une protection sociale particulière. Ce règlement doit toujours être contrôlé et évalué par le ministre compétent pour le logement. Il doit toujours s'agir d'une politique de priorité et un plan groupes cibles doit avoir été élaboré en collaboration avec les organisations locales actives en matière de logement et d'action sociale.

2.7. Politique d'accompagnement

L'énergie, l'approvisionnement en eau potable et les services des eaux usées font également partie de la catégorie « access to housing » au sens large .

2.7.1. Mesures sociales secteur de l'énergie en Flandre

L'autorité flamande considère le fait de disposer d'énergie et d'eau comme un droit fondamental. Pour veiller à ce que chacun dispose en continu de gaz naturel et d'électricité, la législation en matière d'énergie prévoit un certain nombre de mesures sociales.

Gestionnaire de réseau comme fournisseur social – compteur à budget

Lorsqu'un fournisseur d'énergie résilie un contrat de fourniture de gaz ou d'électricité en raison d'un défaut de paiement par le client et après avoir fait les démarches prévues dans un certain délai, le gestionnaire de réseau reprend la fourniture de gaz ou d'électricité. Le gestionnaire de réseau assure ce rôle de fournisseur social jusqu'à ce que le client ait trouvé un nouveau fournisseur sur le marché. Pour les clients qui ne paient pas leur facture au gestionnaire de réseau, ce dernier place gratuitement un compteur à budget pour l'électricité. Ce système permet au client de continuer à consommer du

courant prépayé à l'aide d'une carte rechargeable. Même si le client ne recharge pas la carte payante pour le compteur à budget, il continue à avoir droit à une fourniture minimum d'électricité. Mais un limiteur de courant dans le compteur à budget fera en sorte que l'intensité de l'électricité fournie ne soit que de 10 ampères. Jusqu'en 2007, cette fourniture minimum était limitée à 6 ampères. Le client doit payer la fourniture minimum à 10 ampères.

Protection contre la coupure d'énergie

Le gestionnaire de réseau ne peut couper la fourniture d'énergie à un client que dans un nombre limité de cas qui sont clairement décrits dans une liste limitative. Sauf s'il y a fraude, danger immédiat ou inoccupation, on ne peut procéder à la coupure qu'après avis par consensus des commissions consultatives locales, composées des CPAS et des gestionnaires de réseau. Cet organe consultatif a été prévu dans chaque commune pour éviter autant que possible la coupure de l'alimentation en énergie, en cherchant des solutions avec le client. Pour que des clients ne restent pas sans énergie pendant la période hivernale, on ne peut couper l'alimentation au cours de la période allant du 1^{er} décembre au 1^{er} mars.

Droit à une quantité gratuite d'électricité

Depuis 2003, chaque famille en Flandre a droit annuellement à une certaine quantité d'électricité gratuite. Chaque famille reçoit gratuitement 100 kWh assortis de 100 kWh supplémentaires par membre de la famille. Le fournisseur d'électricité tient compte de la quantité d'électricité gratuite dans le décompte final annuel.

Prix maximum tarif social

Certaines catégories de clients qui perçoivent des allocations (comme le revenu d'intégration, la garantie de revenus aux personnes âgées, l'intervention pour les personnes handicapées, ...) bénéficient de prix plus bas pour l'énergie, les « prix maximum tarif social ». Les gens qui ont droit à ces prix maximum ont également droit à la quantité annuelle d'électricité gratuite prévue pour les familles flamandes.

Mesures supplémentaires pour les groupes plus vulnérables sur le plan social

Tous les gens qui entrent en ligne de compte pour les prix maximum tarif social, plus les personnes qui reçoivent une intervention majorée de la mutuelle et les personnes en règlement de dettes ou en guidance budgétaire au CPAS bénéficient en tant que « client protégé » de quelques avantages complémentaires. Les fournisseurs ne peuvent pas leur imputer de coûts pour l'envoi de lettres de rappel ou de mises en demeure en cas de non-paiement de la facture d'électricité et de gaz naturel. A la demande d'un client protégé, le fournisseur doit envoyer gratuitement la facture de gaz et d'électricité tant au client qu'à un tiers (par exemple, le médiateur de dettes ou la personne s'occupant de la guidance budgétaire). A la demande d'un client protégé, le gestionnaire de réseau relèvera le compteur tous les ans au lieu de tous les deux ans pour éviter que les montants des factures finales ne soient trop élevés. Les gestionnaires de réseau sont également tenus de déplacer gratuitement le compteur d'électricité vers un lieu facilement accessible dans l'habitation, à la demande du client protégé.

Primes pour des investissements permettant de réaliser des économies d'énergie

Pour encourager encore plus les clients protégés à avoir une consommation rationnelle de l'énergie et donc à avoir des factures d'énergie moins élevées, ces clients ont droit à des primes accrues pour des investissements permettant de réaliser des économies d'énergie grâce auxquelles les gestionnaires de réseau de distribution peuvent réaliser leur objectif d'économie d'énergie fixé par loi. En outre, depuis 2008, ce groupe peut, lorsqu'il achète un frigo à faible consommation d'énergie (A+/A++) ou une machine à laver (AAA), échanger un bon de réduction de 150 € à la caisse du magasin d'électroménagers. A partir de 2008, les gestionnaires de réseau de distribution vont organiser pour les clients protégés des sessions d'information spécifiques au sujet de la consommation rationnelle de l'énergie, en collaboration avec les CPAS par exemple.

Audits énergétiques

Au cours de la période 2007 à fin 2009, les gestionnaires du réseau électrique en Flandre vont réaliser 52.000 audits énergétiques dans les ménages. En collaboration avec les communes, ils vont effectuer ces audits de préférence chez les groupes cibles sur un plan social avec pour objectif de diminuer sensiblement leur facture énergétique via des interventions simples et des changements de comportement pour ce qui est de la consommation d'énergie dans la maison.

Prime flamande pour les investissements en économie d'énergie pour certaines catégories

Depuis le 1er juin 2008, il existe une prime flamande pour les investissements prioritaires en économie d'énergie (verre superisolant, isolation du toit, chaudière à condensation) destinée aux personnes qui, parce qu'elles ne paient pas d'impôts ou parce qu'elles en paient très peu en raison de revenus faibles, ne peuvent bénéficier (complètement) de la réduction d'impôts fédérale pour les investissements en économie d'énergie.

Subventionnement des agences immobilières sociales

Début 2009, un régime entre en vigueur qui va subventionner les agences immobilières sociales pour les investissements en économie d'énergie dans les habitations privées qu'elles prennent en location pour les relouer à des groupes vulnérables sur le plan social.

2.7.2. Mesures sociales dans le secteur de l'eau en Flandre

Redevance sur la pollution des eaux – Régime de dispense

Un certain nombre de personnes peuvent entrer en ligne de compte pour une dispense ou une compensation de la redevance, et ce pour des raisons sociales.

Il s'agit de :

- pensionnés qui, au 1er janvier de l'année de l'imposition, perçoivent un revenu garanti/une garantie de revenus aux personnes âgées versé(e) par l'Office national des Pensions;
- personnes qui, au 1er janvier de l'année de l'imposition, bénéficient du revenu d'intégration ou du revenu minimum octroyé par le CPAS ;
- personnes handicapées qui, au 1er janvier de l'année de l'imposition, perçoivent une allocation de remplacement de revenu et/ou une allocation d'aide aux personnes âgées et/ou une allocation d'intégration octroyée par le Service public fédéral Sécurité sociale.

Ce régime est repris dans le chapitre IIIbis, art. 35ter §5 et §6, de la loi du 26 mars 1971 sur la protection des eaux de surface contre la pollution (dispense ou compensation de la taxe) et au chapitre VI – Dispense et compensation – article 16sexies du décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine (inséré le 21/12/2007 pour remplacer le régime transitoire qui s'appliquait depuis le 01/01/2005 – dispense ou compensation de contribution).

L'élément nouveau depuis 2008 est que la dispense est accordée pour l'ensemble de la famille si un des membres de la famille fait partie d'un des groupes ayant droit à la dispense. La dispense s'applique uniquement aux petits consommateurs dont la facture d'eau concerne la consommation domestique d'une famille et à l'adresse où la famille est domiciliée. Toute personne physique qui ne peut pas bénéficier du régime de dispense mais qui est bel et bien le consommateur effectif de l'eau (on entend par là les familles qui vivent dans un immeuble à appartements avec un compteur à eau commun ou les personnes qui vivent dans une maison unifamiliale dont le compteur d'eau est au nom du locataire) peut, si elle entre en ligne de compte, prétendre à une compensation pour sa part dans la redevance ou celle de sa famille. Cette compensation équivaut à la contribution qui est payée sur une consommation d'eau de 30 m³ par an et par membre de la famille (domicilié à cette adresse).

Notons que la plupart des dispenses et des compensations sont accordées automatiquement : les données du registre national, les données de la Banque Carrefour de Sécurité sociale, les données des compagnies d'eau potable et les données de la VMM (pour les capteurs d'eau) sont croisées. Les personnes ayant droit à une dispense ou à une compensation ne reçoivent plus d'invitation à payer la redevance ou la contribution. Elles sont donc dispensées ou bénéficient d'une compensation directement.

Redevance sur la pollution des eaux - Report / étalement des paiements

Les personnes qui ont des problèmes pour payer la redevance peuvent demander un plan d'étalement des paiements. Ils peuvent payer la redevance en tranches mensuelles sans coûts supplémentaires. Il est également possible d'obtenir un règlement de dette collectif.

Approvisionnement en eau potable – Fourniture gratuite de 15m³ par personne par an

En Flandre, toute personne physique reçoit gratuitement à l'adresse où elle est domiciliée 15 m³ d'eau destinée à la consommation humaine. De plus, les personnes qui séjournent légalement en Flandre mais qui ne peuvent ou ne doivent pas s'y domicilier reçoivent

également ces 15m³ . L'exploitant du réseau de distribution public se charge de cette distribution gratuite.

L'article 3 du décret du 20 décembre 1996 réglant le droit à la fourniture minimale d'électricité, de gaz et d'eau et l'article 5 §3 du décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine constituent la base décrétole de cette mesure qui est exécutée via les articles 16 et 17 de l'arrêté du gouvernement flamand du 13 décembre 2002 portant réglementation relative à la qualité et la fourniture des eaux destinées à la consommation humaine.

Approvisionnement en eau potable – Droit de raccordement

Les propriétaires de maisons ont le droit d'être raccordés au réseau public de distribution d'eau de sorte que l'accès à l'eau potable soit assuré. Le raccordement n'est pas gratuit. L'article 5 §1 du décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine constitue la base décrétole de ce droit.

Le droit de raccordement est mis en oeuvre via l'article 19 de l'arrêté du gouvernement flamand du 13 décembre 2002 portant réglementation relative à la qualité et à la fourniture des eaux destinées à la consommation humaine.

En résumé, la Flandre connaît les mesures sociales suivantes pour ce qui est de l'eau et de l'énergie:

- redevance sur la pollution des eaux : régime de dispense;
- redevance sur la pollution des eaux: report/ étalement des paiements ;
- fourniture gratuite de 15 m³ d'eau potable par personne par an;
- approvisionnement en eau : droit de raccordement;
- protection contre la coupure de l'approvisionnement en énergie;
- droit à une quantité gratuite d'électricité;
- prix maximum tarif social;
- primes pour les investissements en économie d'énergie;
- audits énergétiques;
- prime flamande pour les investissements en économie d'énergie pour certaines catégories;
- subventions pour les agences immobilières sociales ;

3. Enseignement flamand – Mesures sociales

Remarque préalable : on trouvera ci-dessous un aperçu des mesures favorisant l'accès des personnes précarisées à l'enseignement et à la formation. Certaines mesures portent spécifiquement sur la situation scolaire des allophones et des primo-arrivants. Nous mentionnons également ces initiatives politiques car ces personnes sont également, dans une large mesure, des personnes défavorisées, ainsi que le démontrent de nombreuses études.

Bien souvent, un (très) faible niveau d'instruction entraîne de lourdes conséquences: il hypothèque la carrière professionnelle ultérieure et augmente le risque d'exclusion sociale. L'enseignement doit encore assumer son rôle en tant que tremplin d'ascension sociale et en tant que moyen d'endiguer la dualisation de la société. Des recherches récentes ont démontré qu'il restait, en la matière, encore beaucoup de chemin à parcourir.

3.1. Suppression des obstacles financiers dans l'enseignement

Le soutien financier dans l'enseignement primaire et secondaire permet aux enfants de parents défavorisés de suivre les cours de l'enseignement obligatoire. Il facilite en outre le passage à l'enseignement supérieur.

Le 8 juin 2007, le Parlement flamand a adopté le décret relatif à l'aide financière aux études de la Communauté flamande. Ce décret rassemble toute la réglementation en matière de financement des études pour tous les niveaux d'enseignement. En vertu de ce décret, de nouveaux groupes cibles (notamment les élèves de l'école maternelle, de l'enseignement primaire et de l'enseignement obligatoire à temps partiel) ont à présent également droit à une allocation. Ce décret compile la réglementation complète relative au financement des études pour tous les niveaux d'enseignement et harmonise les conditions requises pour prétendre à une allocation d'études pour tous les niveaux d'enseignement (de l'école maternelle à l'enseignement supérieur). Il vise également à permettre à un plus grand nombre d'étudiants de bénéficier d'une allocation. La nouvelle législation est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Selon les prévisions, 37 000 élèves de plus pourront prétendre à une allocation d'études dans l'enseignement secondaire. On estime à 164 000 le nombre d'élèves bénéficiaires dans l'enseignement maternel et primaire.

Des mesures en matière de maîtrise des coûts sont élaborées afin d'éliminer la dichotomie entre la scolarité onéreuse et la scolarité peu coûteuse. Conformément au décret du 06/06/2007, aucune école primaire ne sera encore autorisée à demander une contribution aux parents pour les matières relevant des objectifs de développement et des socles de compétence et ce, à dater du 01/09/2007. Une liste officielle indique clairement quel matériel les parents d'élèves de l'enseignement fondamental doivent encore se procurer eux-mêmes et quel matériel l'école doit fournir. À cet effet, le budget de fonctionnement des écoles a été augmenté de 45 euros par élève. Le décret du 06/06/2007 mentionne également l'entrée en vigueur du maximum à facturer à partir du 01/08/2008. Une école maternelle peut facturer aux parents un montant annuel maximum de 20 euros et une école primaire un montant de 60 euros par année scolaire pour toute activité d'animation. Le maximum à facturer pour des excursions de plusieurs jours s'élève à 360 euros pour tout l'enseignement primaire. Grâce au nouveau financement, les écoles ont reçu davantage de moyens. Elles obtiennent ainsi une compensation pour les montants qu'elles ne peuvent plus réclamer aux parents.

3.2. Principe de gratuité

À dater du 1^{er} septembre 2007, une liste officielle indique clairement quel matériel les parents d'élèves de l'enseignement fondamental doivent encore se procurer eux-mêmes et lequel est fourni par l'école. Toutes les fournitures de la liste doivent être mises gratuitement à la disposition des enfants à l'école. À cette fin, un supplément de 45 euros par élève a été octroyé à chaque école fondamentale en juin 2007.

3.3. Égalité des chances dans l'enseignement fondamental et secondaire

Tout élève, sans exception ou discrimination, doit pouvoir bénéficier de possibilités optimales d'apprentissage et de développement. Le décret relatif à l'égalité des chances en éducation (*GOK – gelijke-onderwijskansendecreet* – 28 juin 2002) entend promouvoir la cohésion et l'intégration sociales et s'attacher à la diversité de chaque élève. Cette politique s'articule autour de trois lignes de force :

- le droit fondamental de s'inscrire dans l'école de son choix ;
- la création de plates-formes locales de concertation et d'une Commission des droits de l'élève ;
- une offre d'appui intégrée (avec heures supplémentaires) permettant aux écoles de mettre en place un vaste système d'encadrement à l'intention des enfants défavorisés.

Afin de renforcer la position des personnes plus faibles demandeuses d'éducation, le décret du 15 juillet 2005 relatif à l'enseignement XV ([décret betreffende het onderwijs XV](#)) a apporté un certain nombre de modifications de fond au droit à l'inscription. Voici un résumé des adaptations apportées :

- la description plus précise d'un certain nombre de procédures ;
- l'ajout d'un certain nombre de motifs de refus ;
- l'insertion d'un certain nombre de catégories d'élèves pouvant être prioritaires (par ex., des frères et sœurs) ;
- le remplacement du mécanisme de réorientation ;
- l'élargissement des possibilités de concrétisation et de particularisation des règles au niveau local ;

Les modifications apportées au décret permettent aux écoles, lors de l'inscription, d'accorder la priorité aux élèves qui satisfont aux indicateurs du GOK.

Le décret du 7 juin 2007 relatif à l'enseignement XVII a également mis en place la politique « GOK+ ». Cette politique permet aux écoles comptant de nombreux jeunes enfants défavorisés (allochtones et autochtones) de bénéficier de périodes supplémentaires, grâce auxquelles elles peuvent soutenir et encadrer au maximum les jeunes enfants défavorisés en matière d'enseignement.

3.4. Enseignement d'accueil pour les primo-arrivants allophones dans l'enseignement fondamental et secondaire

En accordant des moyens supplémentaires aux écoles organisant des classes d'accueil pour les primo-arrivants allophones, l'autorité flamande souhaite offrir aux enfants allophones la possibilité d'apprendre le néerlandais. Ceci leur permettra ensuite de s'intégrer au plus vite dans l'école et de suivre les cours ordinaires du type d'enseignement et de l'orientation correspondant le plus à leurs capacités individuelles. Apprendre la langue néerlandaise permettra également à ces enfants, en dehors du contexte scolaire, d'augmenter leurs chances d'intégration dans la société.

Depuis le 1^{er} septembre 2007, les élèves de l'enseignement secondaire faibles en langue et âgés de 12 ans et plus peuvent être admis aux formations du domaine d'apprentissage ou d'étude « néerlandais - deuxième langue » de l'enseignement pour adultes. Dans l'enseignement obligatoire, de très nombreux jeunes ont un retard linguistique et ont besoin d'un soutien supplémentaire en langue néerlandaise. L'enseignement pour adultes leur permet de suivre des cours supplémentaires de néerlandais en complément des cours qu'ils suivent à l'école secondaire et ce, afin de réduire progressivement leur retard linguistique.

3.5. Opportunités d'enseignement pour les minorités ethnoculturelles

Depuis le 1^{er} septembre 2007, les élèves de l'enseignement secondaire faibles en langue et âgés de 12 ans et plus peuvent être admis aux formations du domaine d'apprentissage ou d'étude « néerlandais - deuxième langue » de l'enseignement pour adultes. Dans l'enseignement obligatoire, de très nombreux jeunes ont un retard linguistique et ont besoin d'un soutien supplémentaire en langue néerlandaise. L'enseignement pour adultes leur permet de suivre des cours supplémentaires de néerlandais en complément des cours qu'ils suivent à l'école secondaire et ce, afin de réduire progressivement leur retard linguistique.

3.6. Projet « Scholen voor jongeren – Jongeren voor scholen (Jo-Jo) » (Des écoles pour les jeunes – Des jeunes pour les écoles)

Les autorités veulent permettre aux jeunes n'ayant pas obtenu le diplôme de l'enseignement secondaire supérieur d'accumuler de l'expérience dans l'enseignement et

ainsi les encourager à obtenir quand même ce diplôme. Ils augmenteront ainsi leurs chances sur le marché du travail. Dans ce cadre, les autorités s'adressent en particulier aux allochtones, aux peu qualifiés et aux personnes défavorisées.

Chaque année, le projet *Jo-Jo* offre à 350 personnes peu qualifiées l'opportunité d'accumuler de l'expérience de travail dans un environnement scolaire.

3.7. « Écoles élargies »

L'objectif du concept d'« écoles élargies » est d'encourager la coopération entre les écoles et d'autres institutions et partenaires afin de favoriser le développement des compétences des enfants et des jeunes.

Durant l'année scolaire 2005-2006, on a travaillé - en collaboration avec le Point d'appui GOK - à une vision commune de l'« école élargie » dans les domaines de l'enseignement, du sport, de la culture, de la jeunesse et du bien-être. En septembre 2006, 15 « écoles élargies » expérimentales ont été lancées pour une durée de trois ans.

3.8. Nouveau système de financement de l'enseignement obligatoire basé sur les caractéristiques des élèves

L'autorité flamande souhaite élaborer un nouveau système intégral dans lequel le financement des écoles dépendra des caractéristiques spécifiques des écoles et des élèves. Dans ce contexte, on prendra surtout en considération les caractéristiques des élèves inégalement réparties sur l'ensemble de la population (scolaire) et qui apparaissent davantage dans une école que dans une autre. Cette formule doit permettre à tous les élèves ayant des besoins similaires de bénéficier du même soutien financier, de manière à lutter contre la dualisation et à accroître l'égalité des chances.

La réglementation (décret, arrêtés d'exécution, circulaire) et le plan d'implémentation ont été préparés en 2007.

3.9. Fréquentation scolaire des jeunes enfants

Les jeunes enfants de familles défavorisées, même s'ils sont généralement inscrits dans une école flamande, ne fréquentent pas toujours régulièrement l'école. L'autorité flamande veut augmenter la fréquentation scolaire précoce et régulière et le taux de présence des jeunes enfants à l'école en insistant fortement sur l'importance de

fréquenter l'école très tôt, dès 2,5 ans. Cette approche préventive vise les groupes qui courent le risque d'accumuler du retard. En octobre 2006, nous avons publié un plan d'action sur le thème de la fréquentation scolaire des jeunes enfants sous le slogan « *meer kleine kleuters in kleinere klassen* » (davantage de jeunes enfants dans de plus petites classes). La nouvelle réglementation, permettant notamment une vaste sensibilisation, est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2007. L'année scolaire 2007-2008 a été proclamée « année du jeune enfant » et diverses initiatives de communication ont ainsi été lancées autour de ce thème.

Par le biais d'une collaboration entre l'Enseignement et Kind en Gezin, on peut effectuer des visites au domicile des parents de jeunes enfants non inscrits, en s'enquérant du motif de non-inscription et en encourageant les parents à inscrire quand même leur enfant.

3.10. Plan stratégique en matière d'instruction

Le Gouvernement flamand souhaite entreprendre des actions transversales au niveau des départements destinées à augmenter le nombre de personnes sachant lire, écrire et calculer. Il s'agit, en l'occurrence, d'une interprétation large d'aptitudes de vie, parmi lesquelles l'utilisation basique d'un ordinateur, la capacité de coopération et la capacité de travailler à la résolution des problèmes.

3.11. Nouveau décret du 15/06/2007 relatif à l'éducation des adultes

Le nouveau décret relatif à l'éducation des adultes contient deux éléments importants pour favoriser l'accès à l'enseignement :

- 1) les catégories de personnes exemptées du droit d'inscription;
- 2) la nouvelle formation « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* » (expert du vécu en pauvreté et exclusion sociale) et surtout le parcours préparatoire « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* ».

1. Catégories exemptées du droit d'inscription dans l'enseignement pour adultes

Le nouveau décret relatif à l'éducation des adultes prévoit de nouvelles catégories d'exemption du droit d'inscription à partir du 1^{er} septembre 2007. Le but de cette catégorisation est de permettre aux élèves disposant de moyens financiers trop limités pour pouvoir payer le tarif standard de 1 euro de suivre quand même une formation de l'enseignement pour adultes.

Catégories d'apprenants bénéficiant d'une exemption totale du droit d'inscription:

- tous les apprenants de l'orientation « *algemene vorming* » (formation générale);
- tous les apprenants bénéficiant d'un revenu par le biais de services sociaux ou d'un revenu d'intégration sociale ou qui sont à charge d'une de ces catégories ;
- les demandeurs d'asile qui bénéficient d'une aide matérielle ;
- les détenus ;
- les élèves âgés de 12 à 16 ans qui suivent les cours de néerlandais - deuxième langue;
- les apprenants qui bénéficient d'une allocation d'attente ou d'une allocation de chômage et qui suivent une formation reconnue par le VDAB dans le cadre d'un parcours d'insertion professionnelle ;
- les demandeurs d'emploi inoccupés inscrits obligatoirement qui n'ont pas encore acquis le droit à une allocation d'attente ;
- les intégrant qui ont signé un contrat d'intégration civique ou qui ont obtenu une attestation d'intégration civique pour les formations « *Nederlands tweede taal op richtgraad 1 en 2* » (néerlandais - deuxième langue - degrés-guides 1 et 2).

Catégories d'apprenants bénéficiant de droits d'inscription réduits de 0,25 euro par période de cours:

- les apprenants qui acquièrent un revenu par le biais d'une allocation d'attente ou d'une allocation de chômage pour toutes les formations qui ne sont pas suivies dans le cadre d'un parcours d'insertion professionnelle reconnu par le VDAB ;
- tous les apprenants qui sont titulaires d'une des attestations suivantes ou qui sont à charge d'une personne étant titulaire d'une des attestations suivantes :
 - une attestation délivrée par l'autorité compétente faisant apparaître une incapacité de travail d'au moins 66% ;
 - une attestation donnant droit à une allocation d'intégration aux handicapés ;

- une attestation certifiant l'inscription auprès de la « *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap* » (Agence flamande pour les personnes handicapées);
- tous les élèves qui ont suivi pendant deux années consécutives une formation dans un Centre d'Éducation de base durant au moins 120 périodes de cours et ce, préalablement à l'année de l'inscription dans un Centre d'éducation pour adultes.

Catégories d'apprenants bénéficiant de droits d'inscription réduits de 0,50 euro par période de cours:

- tous les élèves de la formation « *Nederlands tweede taal* » (néerlandais - deuxième langue).

2) Nouvelle formation « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* » (expert du vécu en pauvreté et exclusion sociale) + nouvelle formation de parcours préparatoire « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* »

Les nouvelles formations « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* » (expert du vécu en pauvreté et exclusion sociale) et parcours préparatoire « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* » ont été lancées le 1^{er} septembre 2008, respectivement dans l'enseignement secondaire pour adultes et dans l'éducation de base.

La formation « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* » est basée sur le profil de compétences professionnelles de l'expert du vécu en pauvreté et exclusion sociale (*SERV* – décembre 2006). L'objectif de cette formation est de préparer des adultes à devenir experts du vécu, acteurs importants en matière d'aide et de service aux personnes pauvres. En raison de leur propre expérience, les experts du vécu peuvent contribuer utilement à la lutte contre la pauvreté à tous les niveaux. Ils remplissent un rôle de relais entre l'organisation et les personnes vivant dans la pauvreté.

Le parcours préparatoire « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* » est organisé dans le cadre de l'éducation de base. Il prépare notamment les élèves à la formation « *ervaringsdeskundige in de armoede en sociale uitsluiting* ». Toutefois, ce parcours préparatoire a un plus large objectif ; il vise le même groupe cible mais offre l'opportunité de basculer vers d'autres possibilités de formation.

3.12. Politique d'enseignement contribuant à favoriser l'accès des personnes précarisées aux soins de santé

Étant donné que (l'accès à) la santé est d'une importance primordiale pour les personnes vivant dans la pauvreté, nous souhaitons ici également insister sur l'éducation à la santé, thème sur lequel l'on s'est beaucoup investi ces dernières années. Le Gouvernement flamand place les soins de santé préventifs au rang de ses priorités (cf. Accord de gouvernement flamand de 2004-2009 : « Donner confiance, prendre ses responsabilités »). Le 27 janvier 2006, le ministre de l'Enseignement et de la Formation, le ministre en charge de la Santé publique, le ministre des Sports et le ministre de l'Agriculture ont signé une déclaration d'intentions, concluant des accords en matière d'actions de promotion de la santé dans l'enseignement. Ceci, afin de parvenir à une politique efficace entraînant un changement durable des comportements pour aboutir finalement à un gain de santé. Cette déclaration d'intentions constitue aussi en même

temps un signal fort: quatre ministres s'adressent aux écoles, aux organisations sanitaires et sportives et à l'animation pour la jeunesse en soulignant l'importance d'une bonne coopération pour promouvoir la santé chez les enfants et les jeunes.

Suite à cette déclaration d'intentions, les actions suivantes ont été concrètement mises en œuvre:

- Un coordinateur de santé a été désigné au sein du *Vlaamse onderwijsraad (VLOR - Conseil flamand de l'enseignement)*;
- Sur la base d'accords clairs (protocole avec le *VLOR*), la commission de promotion de la santé a été réinstaurée au sein du *VLOR* en tant que vaste plate-forme de concertation entre les organisations de l'enseignement (les *CLB*, les associations de parents, *VSK (Vlaamse Scholierenkoepel - Association des élèves flamands)*, etc.), les organisations de la santé (le *VIG*, le *VAD*, *Sensoa*, la Croix-Rouge, etc.), des scientifiques et les autorités (enseignement et santé) ;
- Encadré par la commission de promotion de la santé du *VLOR*, le coordinateur de santé a élaboré un plan décrivant les objectifs stratégiques et opérationnels de promotion de la santé dans les écoles.
- Le ministre de l'Enseignement a prévu un budget annuel de 150 000 euros (2006-2009) pour la promotion de la santé dans les écoles.

Le plan d'action « *Op uw gezondheid* » (À votre santé), clôturé au printemps 2006, a abouti à un certain nombre de mesures concrètes de soutien aux écoles. Une des particularités de ces initiatives réside dans la coopération intersectorielle entre l'enseignement et d'autres domaines politiques. Outre des activités découlant directement de la mise en œuvre du plan d'action, le ministre de l'Enseignement a reçu le 22 mars 2007 un avis du *VLOR* relatif à l'interdiction de fumer dans les écoles et, le 27 septembre 2007, un avis relatif à l'offre de boissons rafraîchissantes dans les écoles. L'avis du *VLOR* a été suivi d'une interdiction générale de fumer dans les écoles (en vigueur à dater du 1^{er} septembre 2008).

On trouvera ci-après un aperçu des principales activités effectuées dans le cadre du plan stratégique et opérationnel « *Op uw gezondheid* ».

- Fin 2006, le concours « *100.000 Euro voor 100 scholen* » (100 000 euros pour 100 écoles) a été organisé. Ce concours a permis de rassembler des exemples de bonnes pratiques sur les thèmes de l'alimentation et du mouvement dans les écoles.

- En avril 2007, le ministre de l'Enseignement a fourni à toutes les écoles le DVD « *Gezond op school* » (En bonne santé à l'école), élaboré au départ des bonnes pratiques précitées. Six écoles ont montré comment elles ont mis au point une politique soutenue en matière de santé à partir des objectifs de développement et des socles de compétence transversaux.
- Dans un même temps, on a inauguré le site web www.gezondopschool.be, qui renseigne notamment les écoles sur les instruments et les modèles de qualité, les initiatives et les projets en matière de santé pertinents pour les écoles, les partenaires potentiels pour l'élaboration d'une politique en matière de santé ainsi que les services qu'ils proposent, les possibilités de formation, les résultats d'enquêtes relatives à l'éducation à la santé et l'attitude des enfants et des jeunes par rapport à la santé. Toutes ces informations peuvent s'avérer utiles non seulement aux professeurs et aux équipes éducatives à l'école, mais également

aux parents et aux élèves. Ce site propose en outre une banque de données reprenant des exemples de bonnes pratiques.

- Au printemps et à l'automne 2007, le VLOR a organisé plusieurs séries de journées d'études par le biais du groupe de travail « accompagnement de parcours ». La première série s'adressait essentiellement aux acteurs soutenant la politique des écoles en matière de santé (accompagnateurs pédagogiques, CLB, coordinateurs de santé). La seconde série s'adressait quant à elle directement aux enseignants. L'élaboration du contenu et l'organisation de ces journées d'étude sont le fruit d'une collaboration étroite entre le secteur de l'enseignement et les organisations de la santé (centres d'expertise). Pour l'organisation pratique des journées de formation, on a également fait appel à des partenaires locaux, dont des *logo*, des spécialistes en prévention, etc.

4. Culture et loisirs pour les personnes précarisées

Tout citoyen devrait avoir la possibilité de s'épanouir par le biais d'activités culturelles et d'autres activités de loisirs. Il s'agit là d'une forme importante de participation sociale. Toutefois, certains obstacles empêchent encore et toujours les personnes précarisées d'avoir accès à l'offre culturelle existante. Le fossé séparant les structures culturelles et les groupes vulnérables reste profond.

4.1. Activités d'orientation et interventions financières

Le Gouvernement flamand entend faire de l'augmentation de la participation des personnes précarisées à la vie culturelle une de ses priorités. Par l'intermédiaire des organisations pour le bien-être et l'éducation de base, il souhaite rendre l'offre culturelle plus accessible aux personnes à faibles revenus grâce à des activités d'orientation et des interventions financières. En 2007, les bases d'un décret de participation à la Culture, à l'Animation pour la jeunesse et au Sport ont été jetées. Ce décret constituera un cadre politique pour des initiatives explicites en matière de participation.

4.2. Animation de jeunesse pour les enfants et les jeunes socialement défavorisés

En 2007, on a procédé à l'évaluation de l'utilisation, en 2006, des moyens supplémentaires affectés à l'animation de jeunesse destinée aux enfants et aux jeunes socialement vulnérables des 41 communes sélectionnées. Il en est ressorti que pratiquement toutes les communes avaient utilisé ces moyens à bon escient.

4.3. Bourses permettant de participer à des initiatives internationales

L'autorité flamande souhaite offrir aux jeunes issus de situations d'exclusion sociale et de pauvreté l'opportunité de prendre part à une expérience internationale. Elle leur accorde donc une bourse s'ils désirent participer à une initiative internationale organisée par une association de jeunes agréée et subventionnée.

En 2007, 51 dossiers ont été acceptés, pour un budget total de 61 714,50 euros. Tant le nombre de dossiers approuvés que le budget disponible sont en augmentation par rapport aux années précédentes.

4.4. Buurtsport (Sport de quartier)

La campagne *Buurtsport* (Sport de quartier) accorde une attention particulière à la pratique du sport dans son propre quartier et son propre environnement. L'objectif de cette campagne est de permettre aux jeunes ayant peu d'opportunités en matière de sport de pratiquer une discipline sportive le plus régulièrement possible, chacun à son niveau de prestation. Il est souvent difficile d'atteindre ce groupe cible par le biais d'autres actions en raison de divers obstacles financiers ou sociaux ou d'une trop grande distance par rapport aux infrastructures sportives. En 2007, la subvention allouée à la campagne *Buurtsport* a été prolongée d'une année.

4.5. Steunpunt Vakantieparticipatie (Point d'appui pour la participation aux vacances)

Tout le monde mérite des vacances. Celles-ci constituent un droit fondamental, comme l'indique l'article 24 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme (10 décembre 1948). Il faut hélas bien se rendre à l'évidence : de nos jours, de nombreux Flamands n'ont pas la possibilité d'aller en vacances. Les personnes aux revenus limités sont contraintes à des choix et, bien souvent, il leur reste peu voire pas d'argent à consacrer aux loisirs et aux vacances. Le Point d'appui pour la participation aux vacances négocie avec des partenaires du secteur touristique afin d'obtenir une offre de vacances moins chère et, ainsi, de pouvoir offrir des vacances à un tarif social aux personnes à faibles revenus.

À la fin de l'année 2007, le Point d'appui pour la participation aux vacances comptait parmi ses membres 859 organisations sociales. L'offre de vacances développée chaque année concerne actuellement 68 attractions touristiques ; plusieurs gîtes de groupe et 75 lieux d'hébergement proposent des vacances individuelles ou familiales. 22 associations offrent plus de 160 vacances. Le nombre de vacanciers a ainsi atteint 20 632 unités en 2006 et 50 980 unités en 2007.

4.6. Exemples pratiques pour la participation des personnes peu qualifiées à l'animation pour la jeunesse

L'autorité flamande souhaite rendre l'offre en matière d'animation pour la jeunesse davantage accessible à certains groupes cibles spécifiques. Elle veut également encourager la création d'une offre pour enfants et jeunes adaptée spécifiquement à certains groupes cibles. Enfin, l'autorité flamande entend garantir et encourager l'élargissement et la diversification de l'offre en matière d'animation pour la jeunesse.

Parmi ces groupes cibles spécifiques figurent les personnes peu qualifiées. Une étude a en effet révélé l'existence d'un lien significatif entre le niveau scolaire et la participation à l'animation pour la jeunesse. Plusieurs villes et communes ont déjà lancé des actions en faveur des personnes peu qualifiées. Cartographier ces exemples pratiques et expliquer ces actions permettra de mieux diffuser et développer des exemples positifs et ainsi d'inspirer d'autres acteurs du secteur de la jeunesse.

En 2007, l'élaboration de nouvelles formes d'animation pour la jeunesse et de nouvelles sortes d'activités ou de formations d'animation pour la jeunesse a été encouragée, en collaboration avec le *Steunpunt Jeugd* (Point d'appui Jeunesse). Lors de l'encadrement de

l'établissement des plans de politique communaux et provinciaux relatifs à la jeunesse, une attention particulière a été accordée à la diversité.

4.7. Initiatives socio-artistiques

En application du Décret flamand sur les Arts, un soutien est apporté aux organisations mettant essentiellement en place des actions processuelles à dimensions sociale et artistique. La condition de base de ces initiatives socio-artistiques est qu'elles doivent être accessibles à tous.

Pour la période de projet 2007, 22 dossiers ont été introduits. Le ministre a pris une décision positive pour 10 d'entre eux. Le ministre a également décidé en 2007 de subventionner 5 organisations pour leur fonctionnement pluriannuel durant la période 2008-2009. Celles-ci s'ajoutent donc aux 5 autres organisations bénéficiant déjà d'une subvention pour la période 2006-2009.

4.8. Attention accordée aux personnes précarisées lors de la préparation du décret *Lokaal Sportbeleid* (Politique sportive locale)

On souhaite relever le taux de participation des personnes précarisées en leur facilitant l'accès aux clubs et programmes existants et en introduisant une pratique sportive spécifique, plus variée et éventuellement taillée sur mesure.

Le décret *Lokaal Sportbeleid* (Politique sportive locale), entré en vigueur en 2007, entend expressément encourager une politique engendrant une pratique sportive plus diversifiée. Une politique ciblée visera les personnes ne pratiquant encore aucun sport, notamment pour des raisons de précarité, tentera de remédier à ce problème et d'encourager ces personnes à faire du sport.

Il est nécessaire de présenter des exemples de bonnes pratiques démontrant que les obstacles d'ordres financier, culturel et autres peuvent être progressivement éliminés. Tant les autorités que des initiatives privées peuvent contribuer à diffuser largement ces exemples.

4.9. Davantage d'accès à la culture pour les personnes précarisées

La participation culturelle est répartie de manière socialement inégale sur l'ensemble de la population, notamment en raison de son coût élevé ou d'un manque d'informations. Pourtant, la participation culturelle peut constituer un facteur crucial permettant de rompre l'isolement social. La politique culturelle flamande entend donc favoriser la participation des personnes en situation de précarité aux activités culturelles.

Pour réaliser cet objectif, les autorités ont créé un instrument important, le *Fonds Cultuurparticipatie* (Fonds de participation culturelle). Le *Fonds Cultuurparticipatie* rembourse aux personnes pauvres 80 % des frais qu'elles déboursent pour participer à la vie culturelle (droits d'entrée, frais de déplacement, garde d'enfants). En 2006, des moyens supplémentaires ont été dégagés afin d'examiner les possibilités d'étendre l'action du *Fonds Cultuurparticipatie* aux activités culturelles non subventionnées. Cette mesure a été poursuivie et rendue opérationnelle en 2007.

En 2006, 14 489 demandes ont été approuvées. Le 31/08/06, on avait déjà pu atteindre 16 790 personnes précarisées. Au 7 novembre 2007, 13 822 demandes avaient été approuvées. Les chiffres pour l'ensemble de l'année seront encore plus élevés.

Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.

Afin de répondre au souhait du Comité d'obtenir davantage d'informations sur l'impact de toutes les mesures en termes de réduction de la pauvreté et de l'exclusion, le Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010 est joint en annexe. Celui-ci contient les mesures et des cas pratiques.

Liste des annexes.

Article 11§1

Tableau Mortalité foeto-infantile, Bruxelles, 1998-2006.

Tableau de bord de la santé. Région de Bruxelles-Capitale 2004.

Statistiques de mortalité en Région de Bruxelles-Capitale 2003-2004.

Naissances et mortalité foeto-infantile en Communauté française en 2004 dans la publication Flash 1, Avril 2008 - Santé en Communauté française de la Direction Générale de la santé.

Mortalité générale et causes de décès en Communauté française en 2004 dans la publication Flash 2, Juin 2008 - Santé en Communauté française de la Direction Générale de la santé .

Statistieken doodsoorzaken.

Article 11§3

Arrêté royal du 22 février 2001 concernant les contrôles effectués par l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire et modifiant diverses dispositions légales.

Arrêté royal du 16 décembre 2002 fixant les règles de procédure et les modalités de paiement des amendes administratives suite aux contrôles effectués en exécution de la législation relative à la sécurité alimentaire et mettant en vigueur certaines dispositions de l'arrêté royal du 22 février 2001 organisant les contrôles effectués par l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire et modifiant diverses dispositions légales.

Arrêté royal du 13 février 2005 modifiant l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées.

Arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées.

Arrêté royal du 13 janvier 2006 établissant une liste des substances ou ingrédients alimentaires provisoirement exclus de l'annexe, point IIIbis, de l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées.

Arrêté royal du 22 décembre 2005 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires.

Description de l'action de l'ASL Arbeitsgemeinschaft für Sucht und Lebensbewältigung

Législation en relation avec les nitrates en Région wallonne+ adresses utiles

Article 12§1.

Brochure « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale – SPF Sécurité sociale » , juillet 2008.

Article 13§1.

« Droit à l'Intégration Sociale- Evolution du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale par catégorie et par sexe ».

Article 30.

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