



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL
OF EUROPE

CONSEIL
DE L'EUROPE

31/10/2012

RAP/RCha/BEL/VII(2012)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

7^e rapport national sur l'application de la
Charte sociale européenne

Soumis par

**LE GOUVERNEMENT DE LA
BELGIQUE**

(Articles 3, 11, 12, 13, 14 et
30 pour la période
01/01/2008 – 31/12/2011)

Rapport enregistré par le Secrétariat le 6 novembre 2012

CYCLE 2013

7^{ième} Rapport national sur l'application de la

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE (révisée)

soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA BELGIQUE

Groupe 2 : Santé, sécurité sociale et protection sociale

Articles 3, 11, 12, 13, 14 et 30

Période : 2008 – 2011

Table de matières

Article 3 – Droit à la sécurité et à l’hygiène dans le travail.....	6
Paragraphe 1 – Sécurité, santé et milieu du travail	6
1. Evolution depuis le dernier rapport.	6
Paragraphe 2 – Prescription de règlements de sécurité et d’hygiène	11
1. Evolution depuis le dernier rapport.	11
2. Réponses au questions de Comité européen des Droits sociaux	11
2.1. Au niveau fédéral	11
Paragraphe 3 – Prescription de mesures de contrôle de l’application des règlements de sécurité et d’hygiène.	15
1. Evolution depuis le dernier rapport.	15
Paragraphe 4- Service de santé au travail.	16
1. Evolution depuis le dernier rapport.	16
Article 11 – Droit à la protection de la santé	17
Paragraphe 1 – Elimination des causes d’une santé déficiente.....	17
1. Evolution depuis le dernier rapport.....	17
1.1. Au niveau fédéral	17
2. Réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux	25
1.2. Au niveau des Régions.....	25
En Communauté flamande	25
En Fédération Wallonie-Bruxelles.....	31
En Région Bruxelloise.....	52
En Région bruxelloise.....	53
En Communauté flamande	54
Paragraphe 2 – Services de consultation et d’éductions sanitaires.....	64
1. Evolution depuis le dernier rapport.	64
1.1. En Communauté flamande.....	64
1.2. En Fédération Wallonie-Bruxelles	76
1.3. En Communauté germanophone	77
1.4. En région flamande.	78
1.5. En Fédération Wallonie-Bruxelles.	78
Paragraphe 3 – Prévention des maladies	79
1.1. Au niveau des Régions.....	79

1.1.2.	En Communauté française et germanophone.....	88
1.1.3.	En Région Wallonne	89
Article 12 – Droit à la sécurité sociale		90
Paragraphe 1 – Existence d’un système de sécurité sociale.....		90
1.	Evolution depuis le dernier rapport.....	90
Paragraphe 2 – Respect de la Convention n° 102 de l’OIT (sécurité sociale, norme minimum).....		127
Paragraphe 3 – Evolution du système de sécurité sociale. Voir contribution ci-dessus à l’article 12§1....		127
Paragraphe 4 – Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats		128
1.	Evolution depuis le dernier rapport.....	128
Article 13 – Droit à l’assistance sociale et médicale		129
Paragraphe 1 – Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin.....		129
1.	Evolution depuis le dernier rapport.....	129
2.	Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux.....	132
Paragraphe 2 – Non-discrimination dans l’exercice des droits sociaux et politiques.		132
Paragraphe 3 – Prévention, abolition ou allègement de l’état de besoin		132
1.	Evolution depuis le dernier rapport.	132
1.1.	Au niveau des Régions.....	132
	En Communauté flamande	132
2.	Réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux	134
	En Communauté germanophone.....	134
Paragraphe 4 –Assistance d’urgence spécifique aux non-résidents.		135
Article 14 – Droit au bénéfice des services sociaux		136
Paragraphe 1- Encouragement ou organisation des services sociaux.		136
1.	Evolution depuis le dernier rapport.	136
1.2.	Au niveau des Régions.....	136
1.2.1.	En Communauté flamande	136
1.2.2.	En Communauté germanophone.....	157
1.2.3.	Renseignements au niveau de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-capitale.	160
Paragraphe 2 : Participation du public à la création et au maintien des services sociaux.		161
1.	Evolution depuis le dernier rapport.	161
1.1.	Au niveau des Régions.....	161
	En fédération Wallonie-Bruxelles.	161

Article 30 – Droit à la protection contre la pauvreté et l’exclusion sociale.....	162
Paragraphe 1 : Mesure de la pauvreté et de l’exclusion sociale	162
1. Evolution depuis le dernier rapport.	162
1.1. Au niveau des Régions.....	162
1.1.1. En Région Flamande	162
1.1.2. En Région Wallonne	165
1.1.3. En région Bruxelloise.	166
2. Réponses aux questions du Comité.....	167
2.1. En Région Wallonne	167
2.2. En Communauté flamande	174
2.3. En Communauté germanophone.....	174
Paragraphe 2 : Approche suivie pour lutter contre la pauvreté et l’exclusion sociale.....	176
1. Réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux.....	176
En Communauté flamande	176
 Annexes	 177

Article 3 – Droit à la sécurité et à l’hygiène dans le travail

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 des travailleurs :

1. 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 ;
2. à édicter des règlements de sécurité et d’hygiène ;
3. à édicter des mesures de contrôle de l’application de ces règlements ;
4. à promouvoir l’institution progressive des services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil.

Paragraphe 1 – Sécurité, santé et milieu du travail

1. Evolution depuis le dernier rapport.

Les informations développées ci-dessous constituent le complément demandé par le Comité européen des droits sociaux, au rapport rédigé en 2008 dans le cadre de la Charte sociale européenne, qui présentait le plan de la stratégie nationale pour 2008-2012 en matière de bien-être au travail.

Ces informations présentent les caractéristiques, la teneur et la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé et sécurité au travail (bien-être au travail), en résumant les actions qui ont été menées dans le cadre de cette stratégie nationale.

Les points suivants sont donc illustrés :

- Stratégies destinées à renforcer l’intégration de la prévention des risques professionnels à tous les niveaux d’intervention publique,
- Evaluation des risques liés au travail et mise en place de mesures de prévention au sein de l’entreprise, en ce compris l’information et la formation des travailleurs,
- Implication de l’Etat dans la recherche et la formation, en vue d’améliorer le bien-être au travail.

Le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale peut fournir des informations précises pour la période 2008-2010. Ces informations ont été collectées et adressées à la Commission européenne lors de l’élaboration du rapport d’évaluation à mi-parcours de la Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012. L’évaluation des actions menées durant la période 2010-2012 doit encore être réalisée et fera l’objet d’un projet de recherche qui vient d’être commandé par notre Direction de la Recherche sur l’Amélioration des Conditions de Travail.

Services internes

L’article 33 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l’exécution de leur travail stipule que « Chaque employeur a l’obligation de créer un Service interne de Prévention et de Protection au travail. A cet effet, chaque employeur dispose d’au moins un conseiller en prévention. Dans les entreprises de moins de vingt travailleurs, l’employeur peut remplir lui-même la fonction de conseiller en prévention (...) » (<http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=1896>).

Il s’ensuit que les 248.603 employeurs belges (chiffre du rapport annuel de l’ONSS 2011 : <http://www.onssrapportannuel.be/fr/activites-principales/octroyer-la-qualite-d-employeur>) sont tenus de mettre en place un Service interne.

Services externes

A l'heure actuelle il existe 14 services externes agréés (<http://www.emploi.belgique.be/erkenningenDefault.aspx?id=5040>). Certains ont récemment fusionnés de sorte que leur nombre a diminué.

Couverture

Fin 2011, la Belgique comptait quelques 3.409.000 travailleurs. (<http://www.onssrapportannuel.be/fr/barometre-socio-economique/donnees-relatives-lemploi/les-chiffres-des-donnees-relatives-lemploi-en-2>)

La quasi-totalité des employeurs fait appel à un service externe pour la Prévention et la Protection au travail.

En effet, seuls quelques (grands) employeurs organisent au sein de leur service interne la surveillance de santé de leurs travailleurs. De plus, depuis la mise en œuvre de la réglementation relation à la violence et au harcèlement moral et sexuel au travail en 2002, beaucoup de ces employeurs ont recours aux services externes pour ce domaine de sorte que la couverture des services externes s'en est vu augmenter.

La surveillance de santé réalisée par des départements des services internes de prévention couvre quelques 260.000 travailleurs, c'est-à-dire 7,5% des travailleurs.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande de fournir des informations sur :

- les stratégies destinées à renforcer l'intégration de la prévention des risques professionnels à tous les niveaux d'intervention publique ;
- les risques liés au travail et mise en place de mesures de prévention au sein de l'entreprise, en ce compris l'information et la formation des travailleurs ;
- l'implication de l'Etat dans la recherche et la formation, en vue d'améliorer la santé et la sécurité au travail.

Politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail (stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2010)

- ✓ Intégration de la prévention des risques professionnels à tous les niveaux d'intervention publique

En renforçant la mise en œuvre de la législation communautaire:

A titre d'exemple, on peut citer comme instruments qui ont été développés:

- la Direction générale Humanisation du travail du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale a publié 14 guides sectoriels destinés à fournir une aide à la mise en place, au sein des entreprises, d'une gestion dynamique et efficace des risques. Les secteurs couverts par ces guides sont les suivants : aide à domicile, crèches, garages, maisons de repos, secteur de la construction, secteur des soins de santé, secteur du nettoyage, télétravail à domicile, enseignement, secteur tertiaire, boulangeries, laboratoires, cafeterias, entreprises de travail adapté.
- dans le secteur du travail intérimaire, il a été décidé de fournir une aide aux entreprises et institutions qui éprouveraient des problèmes pour assurer ce transfert d'informations vers les travailleurs via la rédaction d'un modèle de fiche de poste de travail valable pour toutes les professions (un modèle de fiche est désormais obligatoire pour les postes à risques et a été imposé par le nouvel AR du 15-12-10 détaillé ci-dessous pour le paragraphe 2 de l'article 3),
- En plus des campagnes d'inspection imposées par le SLIC, l'inspection du bien-être au travail organise chaque année au moins quatre campagnes d'information et/ou de contrôle soit dans

des secteurs à risques, soit pour un risque bien déterminé. A titre d'exemple de campagnes, on peut citer : une campagne de prévention et de contrôle dans le secteur des garages; une campagne nationale de prévention et de contrôle dans le secteur de la promotion immobilière: l'inspection était principalement ciblée sur la mise en pratique des principes de coordination; une campagne d'inspection auprès des agences d'intérim et des utilisateurs; une campagne de sensibilisation sur les maux de dos au travail liés aux vibrations.

- pour l'accès à des services externes de prévention de qualité et d'un coût abordable, une étude a été effectuée par une université belge qui a notamment pour but de proposer des solutions alternatives de financement des services externes de prévention. Les résultats devraient permettre d'élaborer des propositions sur le mode de fonctionnement des services externes de prévention qui soit équitable, non-discriminatoire et accessible., le développement de modèles de rapports simplifiés pour les services de prévention et de protection et les données transmises par ces services de prévention fourniront des indicateurs plus performants et plus précis sur l'exposition aux risques professionnels mais aussi sur la prévention et l'impact de celle-ci.
- L'inspection (contrôle du bien-être) investit également dans l'amélioration du fonctionnement des services externes de prévention et de protection au travail.

En approfondissant la coopération dans le contrôle de l'application de la législation ;

La certification ISO 9001 de l'inspection du bien-être au travail est actuellement en cours ; 6 des 8 directions régionales sont certifiées.

Le plan de qualité ainsi que les procédures techniques constituent non seulement une amélioration (harmonisation) du fonctionnement de l'inspection du bien-être au travail mais contribuent également à un meilleur respect de la législation par les employeurs et leurs travailleurs.

Depuis 2007 une meilleure collaboration avec les collègues d'autres états membres est mise au point par le biais de protocoles d'accords signés.

✓ Evaluation des risques liés au travail et mise en place de mesures de prévention au sein de l'entreprise

- dans le cadre de la prévention des troubles musculo-squelettiques, 5 brochures et DVD's ont été développés pour le secteur de la construction, l'agriculture et horticulture, la petite enfance, l'aide à domicile et le secteur hospitalier.

Des fiches de métier illustrées pour les travailleurs de plusieurs secteurs ont été développées (.puéricultrice, aide familiale à domicile, nettoyeuse, personnel des soins hôpitaux, personnel cuisine hôpitaux, personnel logistique hôpitaux, entretien espaces verts, élevage fermier, cultivateur, maçon, manoeuvre, ferrailleur, coffreur, plafonneur, conducteur d'engins de chantier, couvreur, montage installations sanitaires et chauffage).

Deux guides de recommandations ont été réalisés à l'attention des employeurs et avec les partenaires sociaux: « Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail » et « Recommandations de bonnes pratiques et Lombalgie au travail ». Les guides sectoriels cités plus haut sont destinés à fournir une aide à la mise en place par les entreprises d'une gestion dynamique des risques .

- Dans le cadre de lieux de travail plus sains et plus sûrs: accroître le capital santé et favoriser la sensibilisation au sein de l'entreprise par:
La participation aux campagnes 2008-2009 de l'agence européenne de Bilbao et du SLIC sur l'évaluation des risques de SST dans les PME et en particulier les secteurs de la construction (06/2009) du commerce de détail et du nettoyage.

Durant toute l'année 2009, la DG HUT a participé aux campagnes de l'agence européenne de Bilbao et du SLIC sur l'évaluation des risques de santé et de sécurité au travail dans les PME et en

particulier les secteurs de la construction du commerce de détail et de nettoyage. La participation à ces campagnes s'est faite via la réalisation des activités suivantes :

- ✓ placer de l'information relevante sur le site de Beswic, créer une page thématique,
- ✓ participer et organiser la semaine européenne en Belgique (organisation d'un colloque et diffusion gratuite du matériel promotionnel de l'Agence),
- ✓ coordination des activités décentralisées, par exemple les activités des comités provinciaux sur le sujet,
- ✓ organisation de journées d'information et de sensibilisation,
- ✓ organisation de concours : organisation de prix de bonnes pratiques et du Prix du Conseil supérieur de la Protection et de la Prévention au Travail.

Il a également été prévu de développer davantage BeSWIC comme centre de la connaissance sur le bien-être au travail. Pour ce faire, le site internet de BeSWIC, qui constitue également le point focal en Belgique pour l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, est amélioré quotidiennement.

✓ Implication de l'Etat dans la recherche et la formation

En augmentant l'efficacité préventive de la surveillance de santé :

Pour cette matière, d'importantes actions ont été développées:

- ✓ la préparation d'une enquête nationale sur l'état de santé et de sécurité au travail et la mesure de la faculté de travail a été organisée sur la période 2007-2009. Les accords avec la Fondation de Dublin sont finalisés. L'enquête a débuté début 2010. L'échantillon en Belgique portera sur 4000 travailleurs au lieu des 1000 initialement prévus par la Fondation, de même la Belgique ainsi que d'autres Etats-Membres, a incité la Fondation d'élargir son enquête aux risques psychosociaux.
- ✓ convention avec l'association professionnelle belge de médecine du travail pour le recueil d'information sur le "Workability" des travailleurs et pour une enquête sur le vécu des médecins du travail par rapport à leur profession et sur leur ressenti par rapport à l'évolution des conditions de travail. Les données, récoltées fin 2009 auprès de 400 médecins du travail et pour plus de 900 travailleurs, sont en cours d'analyse.

Fin 2009, il a également été prévu de mettre en place des initiatives qui visent à améliorer la collaboration entre le médecin généraliste, les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle. Les médecins généralistes sont directement et régulièrement en contact avec des patients souffrant de maladies ou de problèmes médicaux d'origine professionnelle. La collaboration entre le médecin généraliste, le médecin conseil et le médecin du travail peut donc s'avérer un élément important pour la prévention des risques professionnels mais aussi pour le retour au travail de malades de longue durée.

En agissant en faveur de la réhabilitation et de la réintégration des travailleurs :

Les personnes qui reprennent le travail à la suite d'une absence de longue durée due à un burn-out, une dépression due ou non à un harcèlement, ou à un accident du travail grave doivent faire face à des difficultés matérielles et relationnelles importantes pour, entre autres, se réintégrer dans leur collectif de travail et s'approprier de nouvelles compétences pour faire face aux modifications de leur poste de travail.

La construction d'un outil pratique à l'attention des conseillers en prévention et de la ligne hiérarchique permettra de favoriser et de faciliter la reprise du travail de ces personnes. Cet outil doit comprendre des conseils pour l'aménagement du poste de travail, pour la formation de la personne qui reprend le travail, pour la préparation de l'équipe dans laquelle elle va se réintégrer et pour le soutien à lui apporter.

Les conseillers en prévention psychosociaux ont un rôle important à jouer en la matière, ils doivent y être sensibilisés. Un groupe de réflexion a été constitué en 2009.

En renforçant la cohérence des politiques :

- ✓ Des actions ont été entreprises afin d'assurer la cohérence des politiques de santé et de sécurité au travail et exploiter les synergies dans le cadre, notamment, des politiques suivantes: en matière de santé publique et de promotion de la santé mentale :

- ✓ des contacts ont été pris avec le SPF Santé publique pour intégrer les aspects "travail" dans la politique de santé mentale,
 - ✓ une recherche sur l'ampleur du burn-out a été lancée en Belgique. Cette étude est destinée à objectiver le phénomène en mettant l'accent sur la dimension du genre et sur celle de l'âge,
 - ✓ un réseau de conseillers en prévention psychosociaux et de personnes de confiance a été créé et est actif avec le soutien du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale,
 - ✓ une brochure sur l'élaboration d'un système dynamique de gestion des risques psychosociaux a été rédigée,
 - ✓ la jurisprudence sur les risques psychosociaux a été mise à disposition sur le site internet du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale,
 - ✓ faire connaître les résultats de recherches scientifiques et les outils pratiques développés pour prévenir les risques psychosociaux au travail (dans le cadre de l'ancienne programmation FSE).
 - ✓ notification des produits dangereux interdits de mise sur le marché. Cette action est réalisée sur base d'une collaboration entre le SPF Santé Publique et le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale,
- ✓ Publication de l'arrêté royal rendant obligatoire la convention collective de travail n°100 du 1^{er} avril 2009 sur la politique préventive en matière d'alcool et de drogues à mettre en œuvre dans les entreprises.

En intégrant la santé et la sécurité dans les programmes d'éducation et de formation :

Des actions concrètes ont été menées dans les Communautés Flamande et Française :

- ✓ les actions menées pour la diffusion des brochures relatives à la mise en place d'un système dynamique de gestion des risques
- ✓ organisation de journées enseignement-construction,
- ✓ l'intégration des outils conçus dans le cadre du projet Proxima dans la formation initiale des aides familiales,
- ✓ l'organisation de journées de formation à la communication de crise et à la prévention de la violence symbolique pour les directeurs d'écoles et les primo-enseignants,
- ✓ une convention de collaboration vient d'être conclue avec la communauté flamande

Des conventions de collaboration ont été signées entre le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et les différents organismes de formation des demandeurs d'emploi, ainsi qu'avec le SPF Justice (pour ce qui concerne les institutions pénitentiaires).

La mise en œuvre de ces conventions prévoit entre autres la formation aux principes du bien-être au travail de formateurs de ces organismes, qui peuvent ensuite former leurs propres stagiaires en incluant ces principes dans leurs cours. Ces formations sont données au sein des ateliers de démonstration du SPF.

Dans le même ordre d'idée, des formations similaires sont aussi organisées, à la demande, pour des chefs d'ateliers et des professeurs d'écoles techniques et professionnelles. Ces enseignants peuvent ainsi ensuite former leurs élèves en incluant les principes du bien-être au travail.

En identifiant des risques nouveaux :

Les risques psychosociaux sont des risques émergents qui ont fait l'objet de toute une série d'études scientifiques au cours de la programmation Fonds social européen 2000-2008 et qui continuent à faire l'objet d'études dans le cadre de la nouvelle programmation FSE. Les résultats de ces études ont permis de développer toute une série d'outils pratiques et d'instruments simples d'analyse des risques, de formation, de sensibilisation,... La plupart des outils et des publications liés aux recherches scientifiques sont consultables sur le site www.respectautravail.be

Plus spécifiquement, le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale s'est doté de moyens pour la maîtrise d'un risque émergent lié à l'utilisation de nanoparticules. Le laboratoire de toxicologie industrielle du SPF Emploi, est équipé d'un appareil conçu pour mesurer la surface active déposée des particules inférieures à 1 µm dans le système respiratoire soit au niveau trachéobronchique, soit au niveau alvéolaire. Des campagnes de mesurages ont été effectuées sur des lieux de travail, là où des particules nanométriques sont non intentionnellement produites.

Paragraphe 2 – Prescription de règlements de sécurité et d'hygiène

1. Evolution depuis le dernier rapport.

Pas d'évolution.

2. Réponses aux questions de Comité européen des Droits sociaux

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande si les autorités ont envisagé de dresser un inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés. Compte tenu de l'importance que revêt cette question à la lumière du droit à la protection de la santé (article 11), il demande que le prochain rapport rende précisément compte des mesures prises à cette fin.

2.1. Au niveau fédéral

✓ Inventaire de tous les bâtiments et matériaux contaminés par l'amiante.

Dans l'extrait ci-dessous, apparaît l'obligation pour les employeurs de dresser un inventaire de tout l'amiante présent dans les matériaux et les bâtiments, ainsi que dans les équipements de travail. Cet inventaire doit avoir un contenu imposé, être mis à jour et tenu à disposition de l'Inspection chargée du contrôle du bien-être au travail.

Arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante, Section II. - Inventaire:

Art. 5. § 1er. L'employeur établit un inventaire de la totalité de l'amiante et des matériaux contenant de l'amiante présents dans toutes les parties des bâtiments (y compris les éventuelles parties communes), et dans les équipements de travail et équipements de protection se trouvant sur le lieu de travail. Si nécessaire, il demande toutes les informations utiles aux propriétaires. La disposition visée à l'alinéa 1er n'est pas d'application pour les parties des bâtiments, les machines et les installations qui sont difficilement accessibles et qui dans des conditions normales ne peuvent donner lieu à une exposition à l'amiante. Il ne faut pas endommager un matériau intact, qui dans des conditions normales n'est pas atteint, afin d'y recueillir des échantillons pour établir l'inventaire.

§ 2. Préalablement à l'exécution de travaux qui peuvent comprendre des travaux de retrait d'amiante ou de démolition, ou d'autres travaux qui peuvent mener à une exposition à l'amiante, l'employeur-maître d'ouvrage pour ces travaux complète l'inventaire visé au § 1er avec les données concernant la présence d'amiante et des matériaux contenant d'amiante dans les parties des bâtiments, les machines et les installations qui sont difficilement accessibles et qui dans des conditions normales ne peuvent donner lieu à une exposition à l'amiante. Dans ce cas, un matériau intact, qui dans des conditions normales n'est pas atteint, peut être endommagé pendant l'échantillonnage.

Art. 6. L'inventaire contient :

- 1° un aperçu général de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante, présents aux endroits visés à l'article 5;
- 2° un aperçu général des parties des bâtiments, des machines et des installations difficilement accessibles qui dans des conditions normales ne peuvent donner lieu à une exposition à l'amiante;
- 3° un relevé par local, partie de bâtiment ou par équipement de travail ou équipement de protection :
 - a) de l'application dans laquelle l'amiante a été utilisée;
 - b) d'une évaluation de l'état de l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante;
 - c) des activités qui peuvent donner lieu à une exposition à l'amiante.

Art. 7. Cet inventaire est tenu à jour.

Pour l'élaboration et la mise à jour de l'inventaire, l'employeur peut se faire assister par un service ou un laboratoire, agréé pour l'identification des fibres d'amiante dans des matériaux, selon les dispositions de l'arrêté royal du 31 mars 1992.

Dans le cas où un fonctionnaire chargé de la surveillance l'estime nécessaire ou en cas de contestation par le comité, l'employeur fait appel à un service ou un laboratoire agréé pour faire l'inventaire.

Art. 8. Le conseiller en prévention compétent en matière de sécurité du travail et le conseiller en prévention-médecin du travail du service pour la Prévention et la Protection au travail compétent, rendent chacun un avis écrit sur l'inventaire. Ces avis ainsi que l'inventaire et les modifications qui y sont apportées sont soumis, pour information, au comité.

[Art. 9.](#) L'inventaire est tenu à la disposition des fonctionnaires chargés de la surveillance.

[Art. 10.](#) L'employeur qui fait effectuer des travaux dans son établissement par une entreprise extérieure dont les travailleurs peuvent être exposés à des risques imputables à l'amiante, transmet, contre accusé de réception, une copie de l'inventaire à l'employeur de ces travailleurs.

[Art. 11.](#) L'employeur d'une entreprise extérieure qui vient effectuer chez un employeur, un indépendant ou un particulier des travaux d'entretien ou de réparation, de retrait de matériaux ou de leur démolition, prend, avant de commencer les travaux, toutes les mesures nécessaires pour identifier les matériaux qu'il soupçonne de contenir de l'amiante.

Lorsqu'il effectue ces travaux pour un employeur, il lui demande l'inventaire visé à l'article 5.

Il lui est interdit de commencer les travaux, tant que l'inventaire n'a pas été mis à sa disposition.

Si le moindre doute existe concernant la présence d'amiante dans un matériau ou dans une construction, il applique les dispositions du présent arrêté.

Les autorités n'ont pas envisagé de dresser elles-mêmes un inventaire de tous les bâtiments contaminés par l'amiante, mais le contrôle de la présence de l'amiante s'exerce principalement par les fonctionnaires chargés de l'inspection (inspecteurs sociaux du contrôle du bien-être au travail). En effet, l'article 9 de l'arrêté ci-dessus dispose que l'inventaire établi par les employeurs, doit être tenu à la disposition des fonctionnaires chargés de la surveillance. Ces fonctionnaires, lors de leurs visites d'inspection ou suite à une demande d'enquête, demandent systématiquement, lorsque la présence d'amiante est suspectée, que leur soit présenté cet inventaire, et ils en vérifient le contenu. Si l'employeur ne peut pas présenter d'inventaire, ou si celui-ci n'est pas conforme, le fonctionnaire chargé de la surveillance peut exiger la mise en ordre et même sanctionner l'employeur, en dressant un procès-verbal si nécessaire, après avertissements et mise en demeure.

Les infractions aux dispositions de la loi sur le bien-être et de ses arrêtés d'exécution (notamment l'arrêté royal du 16-03-06 précité) sont en effet recherchées, constatées et sanctionnées par les inspecteurs sociaux de la direction générale du Contrôle du bien-être au travail (application de l'article 80 de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être au travail) conformément au Code pénal social qui leur attribue les pouvoirs visés aux articles 23 à 39, lorsqu'ils agissent d'initiative ou sur demande dans le cadre de leurs missions.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande à être dûment informé de l'état d'avancement de l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif à la protection des travailleurs intérimaires, notamment sur la question de la surveillance de la santé de ces travailleurs.

- ✓ Avancement de l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif à la protection des travailleurs intérimaires, notamment par rapport à la surveillance de santé de ces travailleurs

Cet arrêté royal a été abrogé et remplacé par l'arrêté royal du 15 décembre 2010 fixant des mesures relatives au bien-être au travail des intérimaires, publié au Moniteur belge du 28-12-10.

Extrait relatif l'organisation de la surveillance de santé :

15 DECEMBRE 2010. — Arrêté royal fixant des mesures relatives au bien-être au travail des intérimaires

Cet arrêté est la transposition en droit belge de la Directive 91/383/CEE du Conseil des Communautés européennes du 25 juin 1991 complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire.

Section 3. — Surveillance de santé et répartition des obligations

Art. 7. § 1er. Par dérogation à l'article 2, alinéa 1er de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes, une entreprise de travail intérimaire peut, pour ses intérimaires, faire appel à plusieurs services externes, pour autant que par agence, il soit toujours fait appel au même service externe. Plusieurs entreprises de travail intérimaire peuvent, pour leurs intérimaires, faire appel ensemble au même service externe pour une ou plusieurs agences.

§ 2. L'entreprise de travail intérimaire qui veut changer de service externe en application du § 1er, communique sa décision au service externe concerné dans un délai d'un mois après la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté. Dans ce cas, le contrat avec ce service externe prend toujours fin le 31 décembre de l'année civile courante.

Art. 8. § 1er. L'entreprise de travail intérimaire vérifie si l'intérimaire a été déclaré apte au travail pour le poste de travail ou la fonction concernés et s'assure de la durée de validité de l'aptitude au travail de l'intérimaire avant chaque mise au travail, en consultant la base de données centralisée visée à l'article 14. Si une évaluation de santé est nécessaire avant la mise au travail, ou lorsque la durée de validité de l'aptitude au travail est dépassée, l'entreprise de travail intérimaire remet à l'intérimaire un formulaire de "demande de surveillance de santé des travailleurs" à l'intention du conseiller en prévention-médecin du travail du service externe de l'entreprise de travail intérimaire, conformément à la procédure fixée à l'article 11 de l'arrêté royal du 28 mai 2003. Une copie de la fiche de poste de travail est jointe à cette demande et est versée au dossier de santé de l'intérimaire.

§ 2. Par dérogation au § 1er, l'évaluation de santé peut être effectuée par le conseiller en prévention-médecin du travail du service interne de l'utilisateur ou du service externe auquel il est affilié, selon le cas.

§ 3. La validité de l'aptitude au travail et sa durée sont établies au moyen du formulaire d'évaluation de santé visé à l'article 48 de l'arrêté royal du 28 mai 2003, et sont introduites dans la base de données centralisée conformément à l'article 14, § 3.

Art. 9. Lors de chaque évaluation de santé, le conseiller en prévention-médecin du travail concerné doit être en possession de toutes les informations utiles, notamment de la fiche de poste de travail, de sorte qu'il ait un aperçu précis des risques auxquels l'intérimaire est exposé.

Art. 10. L'entreprise de travail intérimaire est responsable de l'observation des dispositions réglementaires concernant les vaccinations.

L'entreprise de travail intérimaire est responsable de l'observation des dispositions relatives à la protection de la maternité, à l'exception des mesures que l'utilisateur est tenu de prendre en application de l'article 42, § 1er, alinéa 1er, 1o et 3o, et § 2 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.

Art. 11. L'utilisateur veille à ce que le travail soit exécuté dans les meilleures circonstances, afin que l'intérimaire bénéficie du même niveau de protection que celui dont bénéficient les autres travailleurs de l'entreprise. Préalablement à toute nouvelle activité exercée par un intérimaire, l'utilisateur prend les mesures suivantes :

1. s'assurer de la qualification professionnelle particulière de l'intérimaire;
2. mettre gratuitement à disposition de l'intérimaire les vêtements de travail, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 6 juillet 2004 relatif aux vêtements de travail;
3. mettre gratuitement à disposition de l'intérimaire les équipements de protection individuelle adéquats, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 13 juin 2005 relatif à l'utilisation des équipements de protection individuelle;
4. vérifier, pour un intérimaire soumis à la surveillance de santé, qu'il a été reconnu médicalement apte à occuper le poste ou la fonction à pourvoir, au moyen du formulaire d'évaluation de santé ou d'une copie de la base de données centralisée, visée à l'article 14.

Art. 12. § 1er. L'utilisateur ou un membre de la ligne hiérarchique désigné par l'utilisateur pour s'occuper de l'accueil :

1. donne à chaque intérimaire les informations pertinentes notamment sur :

- a) tous les risques liés au poste de travail;
- b) les obligations de la ligne hiérarchique;
- c) les missions et les compétences du service interne;
- d) l'accès aux équipements sociaux;
- e) la manière d'exercer le droit à la consultation spontanée;
- f) l'organisation des premiers secours;

g) la localisation des zones d'accès dangereux et les mesures prises en situation d'urgence et en cas de danger grave et immédiat;

2. fournit à l'intérimaire les instructions de sécurité spécifiques qui sont nécessaires pour prévenir les risques propres au poste de travail ou à l'activité, et les risques liés au lieu de travail.

3. prend les mesures nécessaires pour que l'intérimaire reçoive une formation suffisante et adaptée, conformément aux dispositions de l'article 21 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

§ 2. La personne chargée de l'accueil visée au § 1er, exerce les tâches visées à l'article 13, alinéa 2, 8o de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. La fiche de poste de travail ou un registre mentionnant le numéro d'identification de la fiche, peut servir de document visé à l'article 13, alinéa 2, 8o du même arrêté.

§ 3. Dès qu'un intérimaire est mis au travail, l'utilisateur avertit le conseiller en prévention du service interne et le conseiller en prévention-médecin du travail, et les associe à la prise des mesures particulières visées au présent article.

Art. 13. *L'utilisateur s'assure que le service interne ou le service externe concerné, en application des articles 6 et 7 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail, accomplissent notamment les tâches suivantes :*

1. visiter les lieux de travail et étudier le poste de travail auquel l'intérimaire est ou sera affecté en vue de la rédaction de la fiche de poste;

2. proposer une éventuelle adaptation collective de ce poste de travail;

3. pratiquer les évaluations de santé visées à l'article 8, § 2, et le cas échéant les consultations spontanées.

Le texte intégral de cet arrêté se trouve sur notre site : www.emploi.belgique.be (sous le thème « bien-être au travail », « organisation du travail » et « travail intérimaire ». Sur cette page, figure une explication de l'arrêté royal, et le texte de l'arrêté est disponible sous l'onglet « réglementation ».)

Paragraphe 3 – Prescription de mesures de contrôle de l'application des règlements de sécurité et d'hygiène.

1. Evolution depuis le dernier rapport.

Pas d'évolution.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que lui soient fournis des statistiques concernant les maladies professionnelles.

Les informations figurent sur le site web du Fonds des maladies professionnelles dans la rubrique « documentation-statistiques »:

www.fmp-fbz.fgov.be

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que les changements qui ont pu intervenir dans le système d'inspection pendant la période de référence, soient inclus dans le prochain rapport.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande la proportion de travailleurs concernés par les inspections ayant en pratique eu lieu.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande également le nombre de personnes travaillant pour les services d'inspection et plus spécifiquement ceux traitant des questions ayant trait à la santé et la sécurité au travail.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations à jour sur les progrès effectués pour réduire la durée des procédures portant sur les procès-verbaux d'infractions devant les juridictions compétentes.

Les renseignements figurent dans les rapports annuels de la Direction générale du Contrôle du bien-être au travail. Cette direction fait partie du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Ses rapports annuels peuvent être consultés sur le site du SPF à l'adresse suivante :

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=24820>

<http://www.emploi.belgique.be/rapportannuelCBE2009.aspx>

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=36267>

Paragraphe 4- Service de santé au travail.

1. Evolution depuis le dernier rapport.

Pas d'évolution.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande si des données chiffrées peuvent lui être communiquées concernant les services internes, ainsi que sur la proportion d'entreprises qui font appel aux services externes et sur la couverture globale des entreprises et des travailleurs.

Voir réponse aux questions concernant le paragraphe 3§1.

Article 11 – Droit à la protection de la santé

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

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente ;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé ;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres.

Paragraphe 1 – Elimination des causes d'une santé déficiente

1. Evolution depuis le dernier rapport

1.1. Au niveau fédéral

La Belgique considère l'offre de *soins de qualité, accessibles à chacun et à un prix abordable* comme une de ses missions essentielles. Le pourcentage du PNB qui est consacré aux soins de santé est à ce titre particulièrement éloquent : 10,2%. Un des plus grands succès de la Belgique est la quasi *universalité de la couverture maladie-invalidité* de sa population.

Le système belge de santé est principalement organisé sur deux niveaux, c.-à-d. fédéral et Régional/Communautaire. Essentiellement, le gouvernement fédéral est responsable de la réglementation et du financement de l'assurance maladie obligatoire, de la détermination des critères de reconnaissance, du financement des hôpitaux, de la législation relative aux qualifications professionnelles, de l'enregistrement des médicaments et du contrôle de leur prix. Les gouvernements régionaux et Communautaires sont entre autres compétents, sur leurs territoires, pour les soins de santé préventifs, l'éducation à la santé et certains aspects des soins de santé.

L'organisation des soins repose sur les principes suivants : l'attention portée au patient, l'*evidence based medicine* et l'*evidence based health policy*, la cohérence et la complémentarité, l'accent mis sur le continuum des soins avant, pendant et après une admission dans un établissement de soins, l'association de différentes disciplines autour de programmes de soins et, finalement, le financement basé sur des admissions justifiées et des activités responsables. La cohérence de la politique sanitaire en Belgique est assurée par la tenue régulière de Conférence ministérielle « santé ». La sécurité et la santé au travail sont appréhendées au travers du concept bien-être au travail, qui est développé dans la loi du 4 août 1996 et tous ses arrêtés d'exécution.

En Communauté française, des plans quinquennaux de promotion de la santé sont successivement établis en référence aux principes de promotion de la santé de la Charte d'Ottawa. La Région wallonne organise de nombreux dispositifs d'aide et de soins ambulatoires et assure, tout comme la Communauté flamande en Flandre, l'agrément des hôpitaux et des maisons de repos et de soins. Sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, les Communautés françaises, flamandes les Commissions communautaires commune, française et flamande ont développé une politique de promotion de la santé qui vise à permettre à toute personne d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins. L'objectif politique de la Communauté flamande est de créer les conditions pour promouvoir, protéger et rétablir la santé et bien-être de la population actuelle et future, afin de réaliser un niveau de santé et bien-être optimal de chaque citoyen. La voie choisie par l'autorité flamande pour placer les accents ad hoc au niveau de la politique de prévention est celle des objectifs de santé (et des plans d'action).

Les soins de santé primaires sont par ailleurs un des secteurs d'excellence de la coopération technique belge. L'objectif principal est l'accès des populations pauvres à des soins de santé de qualité, et à des coûts minimaux

Le Droit à la santé en Belgique¹ :

A. Etat de santé globale de la population

Espérance de vie à la naissance² : 80,3 ans (femmes : 82,9 ans/hommes : 77,7 ans)³⁴ ;

Espérance de vie en bonne santé : 63,6 ans (femmes : 63,7 ans/hommes : 63,5 ans)⁵ ;

Espérance de vie totale à 65 ans : 19,3 ans (femmes : 21,1 ans/hommes : 17,5 ans) ;

Le taux de mortalité globale : 0,77% ;

Le taux de mortalité maternelle⁶ : 5/100.000 naissances vivantes ;

Le taux de mortalité périnatale : 2/1000 naissances vivantes ;

Le taux de mortalité infantile (0-11 mois) : 4,33/1000 naissances vivantes ;

Le taux de mortalité infanto-juvénile (12-49 mois) : 4/1000 habitants ;

Le niveau socioéconomique détermine l'espérance de vie au détriment des classes sociales les plus défavorisées⁷ ;

¹ Les données sur les grands thèmes de la santé publique que sont l'état de santé, le style de vie et de prévention, la consommation des soins datent du dernier rapport de l'Enquête de santé par interview 2008¹, coordonnée par l'Institut de Santé Publique-ISP. La prochaine EDS dans le pays aura lieu en 2013 et les résultats seront publiés en 2014 (échantillon, 10.000 personnes et méthodologies identiques aux précédentes enquêtes) ;

² En 2009, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance en Belgique était supérieure de 2,7 ans à la moyenne européenne pour les hommes et de 1,7 an pour les femmes. La Belgique se situe ainsi parmi les 10 premiers pays de l'Union européenne.

³ SPF Economie statistiques:

http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/deces_mort_esp_vie/tables/

⁴ Perspectives de population 2010-2060-Bureau fédéral du Plan-DG Statistique et Information économique-SPF Economie-12-2011 ;

⁵ Données aussi issues du Rapport Social 2012

⁶ Les données sont issues des sites suivants : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> et http://www.indexmundi.com/fr/belgique/taux_de_mortalite_maternelle.html

⁷ Pour les personnes de 25 à 75 ans, la différence d'espérance de vie entre celles ayant la position socio-économique la plus basse et celles ayant la plus haute possible dans la société est de 17,1 ans chez les hommes et de 21 ans chez les femmes pour l'espérance de vie en bonne santé partielle; de 15,1 ans chez les hommes et de 12,5 ans chez les femmes pour l'espérance de vie partielle sans incapacité; de 5,2 ans chez les hommes et de 5,9 ans chez les femmes pour l'espérance de vie partielle en bonne santé mentale.

Les conclusions de cette étude⁷ concordent avec celles d'études internationales similaires.

Le score de l'indicateur 'accessibilité aux soins de santé' est satisfaisant : le nombre de personnes qui doivent pour raisons financières reporter une consultation médicale est parmi les plus faibles d'EU (2,5%), mais grimpe néanmoins jusqu'à 7% chez la population au revenu le plus faible ;

Le coût budgétaire du vieillissement⁸, aspect santé, est évalué à 0,5% du PIB, alors que le surcoût global est évalué à 0,9% du PIB ;

B. Aspects préventifs et environnementaux des maladies :

1. Tabac, Alcool et drogues illicites :

+ Le tabagisme reste la *première cause de décès évitables* en Belgique. Il reste de loin le facteur de risque le plus critique en termes de morbidité et mortalité⁹. Le tabagisme est le plus fréquent dans les classes défavorisées.

+ Réglementation : Concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics il est interdit de fumer dans tous les lieux publics fermés depuis le 1 juillet 2011¹⁰, y compris dans l'ensemble des établissements horeca et les lieux de travail. Il est permis d'installer un fumoir. Celui-ci doit répondre à certaines conditions : il doit s'agir d'une pièce fermée (parois et plafond avec porte fermée) et sa surface ne peut occuper que maximum 25 % de la surface de l'établissement. Ce fumoir ne peut être une zone de transit et est installé de manière à réduire au maximum les inconvénients de la fumée vis-à-vis des non-fumeurs. Un système d'extraction de la fumée doit y être installé et seules des boissons peuvent y être emportées.

+ Concernant la publicité tabac il est interdit de faire de la publicité ou du parrainage direct ou indirect pour le tabac, les produits à base de tabac et les produits similaires. La seule exception concerne l'affichage de la marque de tabac à l'intérieur ou sur la devanture des magasins de tabac et des magasins de journaux qui vendent des produits de tabac.

+ Concernant la vente de tabac tous les produits du tabac sont interdits à la vente aux personnes âgées de moins de 16 ans. La vente par automates est strictement réglementée pour éviter que des personnes de moins de 16 ans achètent du tabac.

+ Concernant le contrôle de l'application d'interdiction de fumer¹¹, il est assuré par différents services. Les contrôleurs sont issus soit du SPF Santé Publique et en charge du contrôle de tous les lieux publics y compris l'horeca¹², soit de l'Agence fédérale pour la sécurité de la Chaîne alimentaire aussi en charge du secteur horeca. Les lieux de travail sont contrôlés par le SPF Emploi et Travail. La police peut aussi intervenir dans le secteur horeca. Amendes entre 150 et 5500 euros. En plus une brochure a été divulguée 'Un horeca sans fumée' à partir du 1 juillet 2011 par le SPF Santé.

⁸ Evaluation réalisée par le Comité d'étude sur le Vieillessement-2011 ;

⁹ Le nombre de décès causé par le tabac est estimé à plus de 20.000 ; On estime, qu'en 2030, la consommation de tabac entraînera plus de 10 millions de morts, dont la majorité dans les pays à faibles et moyennes ressources.

¹⁰ Loi du 22 décembre 2010 impose l'interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics fermés, y compris dans l'ensemble des établissements horeca, les lieux de travail (aussi débits de boissons et casinos) ; quant aux lieux d'hébergements, il est interdit de fumer considéré comme un lieu de travail, mais dans les chambres, considérées comme lieux privés, l'interdiction relève de l'exploitant du lieu ;

¹¹ La liste des contrôles dans le secteur horeca peuvent être consultés sur le site www.health.belgium.be: ma santé/tabac/contrôles ;

¹² Les données connues datent de 2008: 18.600 le nombre total des lieux contrôlés ; 42.500 le nombre total des contrôles ; 360 Procès-Verbaux ;

+ Concernant l'étiquetage¹³, tous les produits de tabac vendus en Belgique doivent afficher sur leur emballage un avertissement général de santé qui variera en fonction du type de produits contenus et conforme à la législation. En plus les paquets de cigarettes doivent y associer une image accompagnée d'un texte explicatif.

+ On compte 25% de fumeurs en Belgique en 2008: 21% de fumeurs quotidiens et 4% de fumeurs occasionnels. Plus de la moitié de la population n'a jamais fumé régulièrement et presque un quart a abandonné cette habitude. La proportion de fumeurs "intensifs", qui consomment 20 cigarettes ou plus chaque jour, s'élève à 7%. Un peu plus de deux tiers des fumeurs quotidiens ont déjà tenté d'arrêter de fumer, sans y parvenir. Enfin, l'usage régulier du tabac commence en moyenne à l'âge de 17 ans et un fumeur sur quatre était déjà engagé dans le tabagisme régulier à l'âge de 15 ans.

+ Le 17 juin 2008, les différents ministres de la Santé de notre pays ont signé une [Déclaration conjointe sur la politique future en matière d'alcool](#). L'idée est de coordonner toutes les mesures et actions dans la lutte contre la consommation problématique d'alcool, réduire les dommages de son utilisation abusive ou inadaptée, et de développer des politiques ciblées sur les groupes à risque. L'une de ces mesures est la nouvelle législation sur la vente d'alcool aux mineurs d'âge qui est en vigueur depuis le 20 janvier 2010. Même s'il reste du chemin à parcourir, on peut affirmer que notre pays fait des efforts, par exemple en matière d'avertissements dans la publicité, de répression de l'utilisation de l'alcool au volant, ... Concernant la vente d'alcool il est donc interdit (magasins, horeca, autres,...) de vendre, de servir ou d'offrir de l'alcool aux jeunes de moins de seize ans; de vendre, de servir ou d'offrir des boissons spiritueuses aux jeunes de moins de dix-huit ans. Les distributeurs automatiques pour alcool et boissons spiritueuses sont défendus.

+ Il apparaît que 81% de la population âgée de 15 ans et plus déclare avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Si ce chiffre est en léger recul par rapport à 2004 (84%) – la tendance globale est toutefois à la stabilité lorsqu'il est tenu compte des données sur le long terme, c'est-à-dire depuis la première enquête de 1997. Le belge consomme en moyenne 11 verres de boissons alcoolisées par semaine, ce qui, à population équivalente, constitue une diminution par rapport à 2001 et 2004. Un autre indicateur en perte de vitesse est celui de la surconsommation, c'est-à-dire celle qui dépasse les recommandations de l'OMS qui préconise pour une consommation à moindre risque au maximum 14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres par semaine pour les hommes. Sur base de la définition de ces seuils, il ressort que 8% de la population présente une surconsommation alcoolique en 2008, soit 1 point de pourcentage de moins qu'en 2001-2004 (9%). En contrepartie, deux indicateurs suivent une trajectoire ascensionnelle dans le temps: il s'agit du taux de consommateurs quotidiens d'alcool, qui était de 9% en 2001-2004 et passe à 12% en 2008, ainsi que du nombre relatif d'individus qui ont présenté une consommation problématique (tendance à la dépendance), qui augmente de manière constante au fil des années: 7% en 2001, 8% en 2004 et 10% en 2008. Enfin, l'âge au début de la consommation est estimé à 18 ans et 2 mois dans la population générale âgée de 15 ans et plus. Le phénomène d'hyperalcoolisation (ou "binge drinking") hebdomadaire qui est défini ici comme l'ingestion de 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion, à raison d'au moins une fois par semaine, est pratiqué par 8% des citoyens.

+ En 2010, la Conférence interministérielle drogues a adopté une Déclaration Conjointe sur une politique globale et intégrée en matière des drogues. Elle définit les priorités en matière de politique alcool, drogues, tabac et médicaments psychoactives et donne le mandat à la Cellule Générale de Politique Drogues pour la mise en œuvre. La Cellule est un organe de coordination qui rassemble toutes les autorités compétentes en matière de drogues. Il s'agit d'un exemple unique au niveau européen. Son mandat vise tant la réduction de l'offre que celle de la demande des drogues (www.politiquedrogue.be).

+ En matière de drogues illicites, en 2008, 14% de la population belge de 15 à 64 ans a consommé du cannabis au moins une fois dans sa vie, tandis que 5% en a consommé dans les 12 derniers mois et 3% dans les 30

¹³ Arrêté ministériel déterminant les avertissements combinés pour toutes les unités de conditionnement de cigarettes mises dans le commerce-28-05-2009 ;

derniers jours. La prévalence de l'expérience d'autres drogues (p.ex. cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy, etc.) indique que 4% de la population âgée de 15 à 64 ans aurait utilisé une de ces substances au moins une fois dans son existence, et 1,5% de la population en aurait fait la consommation au cours des 12 derniers mois. Le profil du consommateur d'autres drogues est similaire à celui décrit pour le consommateur de cannabis: à prédominance masculine, juvénile et citadine. La consommation récente (12 mois) par produit révèle des indices de prévalence analogues pour la cocaïne et les amphétamines/ecstasy (0,9% des 15-64 ans), et des indices plus faibles pour les opiacés (0,2%) ou autres substances (0,3%). Dans la population âgée de 15 à 34 ans, ces indices de prévalence d'un an tournent autour de 2% pour la cocaïne et le groupe des amphétamines/ecstasy, 0,4% pour les opiacés et 0,6% pour les autres substances.

+ Des informations sur les tendances en matière de consommation d'alcool, de tabagisme et de toxicomanie, peuvent être consultées sur le site web reprenant les résultats de l'enquête de santé par interview de 2008 (<https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifr/CROSPFR/HISFR/TABLE08.HTM>) et les rapports nationaux en matière des drogues de l'ISP (BMCCDDA : <https://workspaces.wiv-isp.be/BMCCDDA/default.aspx>). Ces derniers ne portent que sur les drogues illicites, mais mentionnent les chiffres récoltés au niveau des régions et communautés également.

2. Nutrition :

+ 2012 est une année charnière pour le Plan National Nutrition-Santé' (PNNS 2005-2010)¹⁴ ; parution du rapport du PNNS et élaboration d'un nouveau PNNS 2013-2017¹⁵ ; Une enquête alimentaire chez les enfants de 4 à 16 ans démarrera très bientôt ; le projet assez récent ENERGY¹⁶, démontre que notre pays se classe mieux que la moyenne des autres pays EU de l'étude (moyenne 30%) avec 21% des jeunes belges en surpoids et 6% d'obèses.

+ Le profil nutritionnel actuel du pays est le suivant : le Belge mange mal, trop, et on bouge trop peu : 1/2 est en surpoids¹⁷ ; 1/7 est obèse¹⁸ ; mais 3% en carence pondérale-zones urbaines-jeunes et femmes ; surcharge pondérale > fréquente chez les défavorisés ;

3. Maladies chroniques¹⁹ :

+ Le profil épidémiologique des MC en Belgique est le suivant : 1/4 des Belges souffre de maladies chroniques²⁰, longue durée, handicap ; 60% > 75 ans ; prévalence et vieillissement augmente en parallèle ; 1/3 des hommes a une HTA/1/2 des femmes a de l'arthrose ; la classe défavorisée souffre plus de diabète (dérégulé), maladies pulmonaires chroniques (tabagisme, pollution, habitat), ulcères ; classe plus favorisée souffre plus d'allergies ;

+ En ce qui concerne les soins de longue durée pour personnes âgées, un observatoire national des maladies chroniques est en voie de création et parallèlement se poursuit le plan national pour les maladies chroniques dans lequel l'accessibilité financière des soins chroniques occupe une place centrale.

¹⁴ Le PNNS peut être consulté sur le site du SPF Santé: www.health.belgium.be: sécurité alimentaire/PNNS ;

¹⁵ Note de Politique Générale-Affaires Sociales-Santé Publique-Chambre des Représentants de Belgique-déc. 2011 ;

¹⁶ 'Differences in weight status and energy-balance related behaviours among schoolchildren across Europe'- J.Brug et al.-PLoS One-2012;

¹⁷ De cette moitié de la population en surpoids, 25% ont un IMC nettement au-dessus des 25% ;

¹⁸ Obésité : IMC > 30% ;

¹⁹ La liste complète des maladies chroniques, reprises dans l'enquête de santé 2008 sont à consulter sur le site de l'ISP : <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epien/index4.htm>:état de santé/maladies chroniques ; La prévalence des maladies chroniques reste un des problèmes majeurs de santé publique dans nos pays EU mais aussi dans le monde vu l'espérance de vie qui se prolonge.

²⁰ Hypertension artérielle, diabète, arthrose, troubles de la thyroïde, cataracte, certains cancers en augmentation constante depuis 10 ans en Be ;

4. Maladies mentales :

- + Au niveau national le mal-être, les dépressions (9%), la prise des médicaments psychotropes (16%) augmente légèrement ; la prévalence des gestes suicidaires reste constante (5%) ;
- + Un chantier d'envergure est lancé (dans le cadre de 'l'article 107'²¹) afin de stimuler une nouvelle prise en charge du patient psychiatrique plus proche et plus suivie et diminuer les longs séjours dans un hôpital psychiatrique ; 10 projets ont été lancés depuis 2011²², 9 autres pourraient être lancés en 2012 ou plus tard ;

5. Santé et environnement :

- + La Belgique met actuellement en œuvre son NEHAP 2010-2014²³ ;
- + Projets nationaux en cours d'élaboration : l'introduction d'un module de santé environnementale (20h) dans les CV de formation de médecine, nursing et kinésithérapie. la reconnaissance d'une spécialisation en médecine environnementale; l'introduction d'un module de formation continue des médecins généralistes et spécialistes sur base du système des heures d'accréditation afin d'obtenir un certificat d'études spécialisées ; l'intégration d'un chapitre regroupant des questions et des données en relation avec la santé environnementale dans le dossier médical électronique (DME) qui sera bientôt vulgarisé dans le pays et existe par ailleurs déjà dans certaines localités ou régions ;
- + Projets internationaux : la cellule santé-environnement collabore à l'inclusion d'indicateurs de changement climatique dans les indicateurs santé-environnement de l'OMS ; participation de la Belgique à l'APHEIS²⁴, qui sur base du HIA surveille les impacts de la pollution sur la santé²⁵, et à l'APHECOM²⁶, programme de recherche et de communication avec les acteurs concernés, visant à promouvoir des actions qui puissent améliorer l'état de santé de la population (réduction de la morbidité des maladies respiratoires+ cancer du poumon, affections cardiovasculaires et mortalité due à ces maladies) par la réduction de la pollution ambiante de l'air²⁷.

6. Santé et violence domestique :

- + La Belgique a, en 2010 renouvelé son plan d'action nationale de lutte contre la violence entre partenaires et d'autres formes de violences intrafamiliales 2010-2014. Différents projets ont été mis en place dans ce cadre, en matière de monitoring, de sensibilisation des personnels de santé, de lutte contre les mutilations génitales féminines, ...
- + Issu de 2 études assez récentes²⁸ le profil de la victime de VIF est le suivant : femme (83%) violentée par un homme (80%) ; 1/10 des VIF sont sexuels ; 1/2 présente à l'examen médical des lésions traumatiques ; 1/3 sont des violences psychologiques et économiques ; âge dès 16 ans avec pic autour des 40 ans ; auteurs

²¹ Art. 107 (loi des hôpitaux) vise à une prise en charge plus souple et plus proche du patient psychiatrique (adulte) avec étroit suivi, afin d'éviter les hospitalisations inutiles, et favoriser une collaboration nouvelle intra et extra-muros ; Note de Politique Générale-Affaires Sociales-Santé Publique-Chambre des Représentants de Belgique-déc. 2011

²² 'Un an d'expérience avec le projet 107 Louvain-Tervuren-Neurone-vol.17-nr. 1-2012

²³ Tous les projets du NEHAP peuvent être consultés sur le site :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/NEHAP/PlansandProgrammes/NEHAP:prospects/TowardsaBelgianCEHAP/index.htm>

²⁴ APHEIS= Air Pollution and Health-EU Information System ; Consulter le site: <http://www.apheis.org/>

²⁵ Une étude multicentrique a été effectuée concernant l'effet néfaste des particules fines sur la santé:

'Reducing ambient levels of fine particules could substantially improve health : a mortality assessment for 26 EU cities-F. Ballester et al.- Journal of Epidemiology and Community Health-62-2007 ;

²⁶ APHEKOM: Air Pollution and Health-EU Knowledge and Communication System; site:

<http://www.aphekom.org/web/aphekom.org/home>

²⁷ En ce qui concerne les compétences fédérales, nous retenons encore les programmes suivants : REACH (politique produits toxiques)/la biodiversité ea. du milieu marin/le transit des déchets dangereux/les changements climatiques et ses impacts²⁷ ;

²⁸ Les rapports de ces études sont à consulter sur le site :

<http://www.health.fgov.be/eportal/Myhealth/socialissues/Domesticviolence/index.htm>

majoritairement des nationaux, réponses plus difficiles à obtenir chez des non belges ; durée fréquente de > 10 ans et fréquence hebdomadaire ; 1/5 des victimes, 1/2 des auteurs est alcoolique ;

7. Santé et risques d'épidémies-pandémies :

+ Un Plan National de lutte contre la grippe-Influenza²⁹ a été élaboré en 2009 ; le plan a pour but de réduire les conséquences pour la santé publique et le risque de délitement social causé par une déstabilisation des services primaires. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination et l'utilisation de médicaments antiviraux.

8. Médicaments³⁰ :

+ Les belges sont des *gros consommateurs* de médicaments sous prescription; la consommation des médicaments dans notre pays augmente constamment, toutes catégories confondues³¹ (10% en une décennie);

+ Les acteurs du secteur des soins sont responsabilisés entre autres en les incitant à la prescription efficace de médicaments, en instaurant un 'droit de substitution en matière de médicaments' pour les pharmaciens pour deux classes de médicaments bien spécifiques (antibiotiques et antimycosiques) tout en laissant la possibilité au médecin de s'opposer à ce droit de substitution pour des raisons médicales, en promouvant l'usage de médicaments génériques et bio-similaires en stimulant la concurrence des prix dans le secteur pharmaceutique.

+ Diverses mesures sont également prises afin de limiter la consommation d'antibiotiques (BAPCOC : <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Care/Properuse/Antibiotics/BAPCOC/index.htm?&fodnlang=fr>) d'une part et de somnifères et calmants d'autre part (<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Care/Properuse/Benzodiazepines/index.htm>). Une « plateforme scientifique psychotropes » a également été récemment mise sur pieds par la Ministre Onkelinx. Son objectif est de rencontrer la problématique de la consommation élevée de somnifères et calmants, antidépresseurs, mais également d'anti-psychotiques et de stimulants Sa première réunion est prévue fin juin 2012. Cette plateforme a pour mission de réaliser une réglementation pour contrer les prescriptions excessives de ces médicaments et ne démarrera pas de zéro. En 2010, la Ministre Onkelinx a en effet organisé une table ronde sur cette thématique avec des représentants scientifiques et des syndicats de médecins généralistes. En juillet de l'année dernière, le Conseil supérieur de la Santé a également rendu deux avis pertinents en la matière.

C. Conditions d'accès aux soins

Tout d'abord, des efforts considérables ont été fournis en vue d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé: en premier lieu, en développant davantage le 'maximum facturer': un instrument protégeant les familles lorsque leurs dépenses totales en frais de maladie pour les soins remboursés (soit les tickets modérateurs) dépassent un certain plafond, qui varie selon les revenus du ménage. Ensuite, les tarifs de remboursement ont été augmentés pour des catégories de patients ayant des frais médicaux élevés, comme les patients atteints de maladies chroniques ou rares, les patients atteints d'un cancer ainsi que pour les soins dentaires. Le système du tiers payant sera encore étendu pour les familles à revenus modestes : il s'agit d'un système par lequel le patient paie uniquement le ticket modérateur au dispensateur de soins, tandis que, un tiers, à savoir la mutualité, se charge à priori du paiement de la partie remboursable des frais, que le patient ne doit dès lors pas 'préfinancer'.

²⁹ Voir le site influenza-Bel : http://www.influenza.be/fr/grieppandemie_faq_fr.asp

³⁰ Les données les plus récentes sur la consommation des médicaments en Belgique sont issues de l'EDS et du SPF Sécurité Sociale. L'analyse est limitée aux médicaments du Centre Belge d'Information Pharmaco-thérapeutique-CBIP : <http://www.cbip.be/>

³¹ <http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/brochure-kerncijfers-2010-fr.pdf>

Une étude récente de l'OCDE par exemple montre que tous ces efforts ont été couronnés de succès. Selon l'étude, il n'y a pas d'inégalités significatives en Belgique en ce qui concerne les consultations d'un médecin généraliste entre les personnes ayant un statut socioéconomique plus ou moins élevé.

Pour les soins spécialisés (à l'hôpital ou en extra muros), cette étude constate des inégalités limitées. Pour les prochaines années, les lignes de force de la politique à mener restent inchangées dans une large mesure: garantir des soins de santé de qualité et accessibles en accordant une attention soutenue à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé.

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

Afin d'encre améiorer l'accessibilité physique, et compte tenu du nombre élevé de lits d'hôpitaux aigus en Belgique, l'autorité fédérale encouragera la collaboration et le rapprochement entre les hôpitaux et veillera à une répartition géographique plus équilibrée de des structures d'aide sociale et de santé. Afin d'améiorer la qualité, il s'agit de renforcer davantage le rôle du médecin généraliste au moyen de la plateforme eHealth belge : (1) en généralisant le dossier médical global électronique, enregistré auprès du médecin généraliste mais pouvant être partagé avec d'autres médecins, (2) en prenant des initiatives au niveau régional afin de créer une plateforme de partage électronique des données entre différents acteurs de la santé et de l'aide sociale, (3) en conférant un rôle central au médecin généraliste dans les 'trajets de soins', et (4) en optimisant les services de garde. Par ailleurs, il s'agit aussi d'assurer la disponibilité des dispensateurs de soins en rendant la profession de médecin généraliste, d'infirmier et d'aide-soignant plus attrayante au moyen d'actions au niveau fédéral et communautaire.³²

En Belgique, la question des listes d'attente ne pose pas de problème et il n'existe pour le moment pas de système de mesure de ces temps d'attente. Un groupe de travail a été mis sur pied dans un afin de mesurer les temps d'attentes dans les hôpitaux. Il devrait se réunir le 25 juin 2012 pour la première fois. L'enquête de santé par interview 2013 inclura à l'avenir cette donnée spécifique dans la rubrique 'consommation médicale' ;

Il n'y a pas encore en Belgique de conditions officielles pour l'admission dans un hôpital psychiatrique, un interview à l'admission suffit ; le choix du patient est respecté sauf en cas d'indication médicale absolue ; le facteur limitant est la disponibilité des lits ;

Depuis 2002, la Belgique dispose d'une loi relative aux droits du patient. Celle-ci précise les caractéristiques de la relation entre le patient et le praticien professionnel et vise à améliorer la qualité des prestations de soins de santé.

Les droits du patient sont: (1) bénéficier d'une prestation de soins de qualité; (2) choisir librement le praticien professionnel; (3) être informé sur son état de santé; (4) consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable; (5) disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter et en obtenir copie; (6) être assuré de la protection de sa vie privée; (7) introduire une plainte auprès d'un service de médiation. Pour plus information voir www.patientrights.be

³² Source : Rapport social national 2012 - Belgique

95% de la population se montre *moyennement à très satisfaite* des prestations de santé³³, mais 43% seulement est très satisfaite des soins hospitaliers³⁴; le degré de satisfaction des patients diminue selon leur état de santé; il ne semble pas y avoir des différences socio-économiques en ce qui concerne la satisfaction des patients vis-à-vis des soignants;

2. Réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux

1.2. Au niveau des Régions

En Communauté flamande

COMMENTAIRE DU COMITE

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

Cfr. données ISP (contribution fédérale)

Trois causes de mortalité provoquent un tiers des années potentiellement perdues chez les hommes (pour un âge de 75 ans): le *cancer du poumon*, les *cardiopathies ischémiques* (CI) et le *suicide*. Le nombre total d'années potentielles de vie perdues chez les hommes est 1,5 fois supérieur à ce qu'il est chez les femmes.

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

Les accidents lors de déplacements et le suicide jouent un rôle important du fait de leur incidence importante à un âge relativement jeune. Les cancers et les cardiopathies (ischémiques) sont importants à cause du grand nombre de décès qu'ils provoquent à un âge plus avancé.

Ces 5 dernières années, le nombre total d'années potentielles de vie perdues a effectivement diminué chez les hommes mais pas chez les femmes. La diminution chez les hommes est principalement due à la baisse de la mortalité du fait de cardiopathies ischémiques et accidents lors de déplacement sur terre. Les chiffres des APVP pour le cancer du poumon et les autres cancers sont restés stables au cours de la période 2005-2009. Chez les femmes, on constate effectivement une diminution de la mortalité à la suite d'affections cérébro-vasculaires, du cancer du sein, des cardiopathies ischémiques et dans une moindre mesure d'accidents lors de déplacements sur terre.

Mais cette diminution est annulée par l'augmentation des chiffres des APVP à la suite du cancer du poumon, d'autres néoplasmes et du suicide entre 2005 et 2009.

³³ Un audit de Deloitte-2011 (1000 p> 18 ans en Be et 14.000 consommateurs de soins dans 11 autres pays) donne des données intéressantes sur le comportement des patients, en permettant des comparaisons entre pays; http://www.deloitte.com/view/en_GX/global/insights/focus-on-the-issues/a953d042ecf81310VgnVCM3000001c56f00aRCRD.htm

³⁴ Plus les services de soins sont abondants, plus les terrains d'expression d'insatisfaction sont nombreux;

Principales causes de mortalité par catégorie d'âge, hommes et femmes, Région flamande, 2009 (chiffres absolus/importance relative dans le groupe d'âge)

<u>Groupe d'âge</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
<u>0 année</u>	<u>Anomalies congénitales (43 / 32%)</u>	<u>Anomalies congénitales (27 / 24%)</u>
<u>1-4 ans</u>	<u>Non accidents de transport (8 / 26%)</u>	<u>Anomalies congénitales (5 / 20%)</u>
<u>5-9 ans</u>	<u>11 causes diverses (1 / 9%)</u>	<u>Non accidents de transport / accidents de transport sur terre (3 / 16 %)</u>
<u>10-14 ans</u>	<u>Accidents de transport (7 / 33%)</u>	<u>Suicide (3 / 20%)</u>
<u>15-19 ans</u>	<u>Accidents de transport (22 / 38%)</u>	<u>Accidents de transport / Suicide (13 / 32%)</u>
<u>20-24 ans</u>	<u>Accidents de transport (56 / 44%)</u>	<u>Suicide (11 / 31%)</u>
<u>25-29 ans</u>	<u>Suicide (47 / 34%)</u>	<u>Suicide (15 / 26%)</u>
<u>30-34 ans</u>	<u>Suicide (58 / 33%)</u>	<u>Suicide (23 / 26%)</u>
<u>35-39 ans</u>	<u>Suicide (95 / 35%)</u>	<u>Suicide (29 / 27%)</u>
<u>40-44 ans</u>	<u>Suicide (98 / 26%)</u>	<u>Cancer du sein (33 / 14%)</u>
<u>45-49 ans</u>	<u>Suicide (95 / 17%)</u>	<u>Cancer du sein (57 / 15%)</u>
<u>50-54 ans</u>	<u>Cancer du poumon (121 / 13%)</u>	<u>Cancer du sein (87 / 14%)</u>
<u>55-59 ans</u>	<u>Cancer du poumon (213 / 15%)</u>	<u>Cancer du sein (115 / 15%)</u>
<u>60-64 ans</u>	<u>Cancer du poumon (321 / 17%)</u>	<u>Cancer du sein (155 / 15%)</u>
<u>65-69 ans</u>	<u>Cancer du poumon (400 / 18%)</u>	<u>Cancer du sein (144 / 11%)</u>
<u>70-74 ans</u>	<u>Cancer du poumon (512 / 15%)</u>	<u>Cardiopathies ischémiques (167 / 8%)</u>
<u>75-79 ans</u>	<u>Cancer du poumon / Cardiopathies ischémiques (577 / 12%)</u>	<u>Cardiopathies ischémiques (346 / 10%)</u>

Principales causes de mortalité par catégorie d'âge, hommes et femmes, Région flamande, 2009 (chiffres absolus/importance relative dans le groupe d'âge)

<u>Groupe d'âge</u>	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
80-84 ans	Cardiopathies ischémiques (635 / 11%)	Affections cérébrovasculaires (607 / 11%)
85+ ans	Décompensation cardiaque, complications et ... (838 / 12%)	Décompensation cardiaque, complications et ... (1.932 / 15%)
Source:	Certificate de décès, tous décès, Région flamande, 2009	
Note 1:	les accidents de transport sont limités ici aux accidents de transport sur terre (V01-V89)	
Note 2:	Décompensation cardiaque, complications et ...[maladies cardiaques mal décrites] (I46, I50-I52)	

Source : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers.aspx> (Agence Soins et santé, service information et appui)

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

Cfr. Contribution SPF VVVL :

- Remboursement des soins médicaux par l'assurance-maladie obligatoire
- Instauration du maximum à facturer

Mesures complémentaires pour la Flandre:

- Avec le décret flamand du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté, le Gouvernement flamand a jeté en 2003 les bases de la politique de pauvreté flamande. Lors de l'exécution de ce décret le **'droit aux soins de santé' a été introduit comme un droit fondamental**. Le Gouvernement flamand doit faire rapport annuellement dans le Plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté en indiquant par quelles mesures politiques il garantit le droit aux soins de santé pour les gens vivant en situation de pauvreté.
- La Communauté flamande est compétente pour l'organisation de l'**assurance santé flamande**. L'article 6 du décret du 7 mai 2004 confie cette mission au "Vlaams Zorgfonds". Celui-ci mène une politique active en vue de garantir que l'aide et les services non médicaux restent abordables pour la génération actuelle et future. L'assurance santé flamande verse une allocation aux personnes dont l'accès aux soins se trouve fortement réduit. Ceci aussi bien dans un cadre résidentiel que semi-résidentiel ou ambulatoire. C'est ainsi que l'assurance santé se porte garante de l'accès à des soins non médicaux de longue durée et intensifs à domicile ou dans un établissement.
(<http://www.vlaamsezorgverzekering.be>)
- L'agrément des équipements par la Communauté flamande, qui veille à une bonne répartition dans toute la Région flamande sur la base du **décret régional des soins** depuis 2003 (un modèle hiérarchique de division de la région sur la base de flux de personnes qui tient compte des frontières communales).
- Le décret flamand du 3 mars 2004 concernant les **soins de santé de première ligne** et la coopération entre les prestataires de soins stipule que les prestataires de soins consentent des efforts particuliers en vue d'optimiser l'accessibilité des soins de première ligne. Cette notion 'd'accessibilité' doit être comprise au sens large et entre dans le cadre de la 'politique d'égalité des chances' que veut mener la Communauté flamande. Cela implique que lorsque l'on dispense des soins, l'on tienne aussi compte

de la diversité humaine, ce qui porte notamment sur des facteurs comme la culture et les moyens dont disposent les gens. Tenir compte et respecter ces facteurs se rapproche de l'idée de 'soins sur mesure'. Pour réaliser cette égalité des chances, il n'est pas exclu que l'on puisse envisager des mesures de discrimination positive.

- Dans le décret flamand du 21 novembre 2003 relatif à la **politique de santé préventive**, le Gouvernement flamand s'engage à accorder une attention particulière à (1) des groupes de la population qui sont défavorisés, (2) des groupes de la population qui sont davantage exposés à des menaces pour leur santé et (3) l'accessibilité de l'offre en soins de santé préventifs. La manière dont l'attention pour les soins de santé préventifs des plus démunis sera concrétisée sera exposée dans les conférences de la santé et confirmée dans les contrats de gestion avec des organisations partenaires et des organisations actives sur le terrain.

COMMENTAIRE DU COMITE

Comment les services de santé publique sont organisés ?

Par rapport à l'**organisation des soins de santé de première ligne**, le 3 mars 2004 le [décret relatif aux soins de santé de première ligne et à la collaboration entre les prestataires de soins](#) est promulgué par le Gouvernement flamand.

Les soins de santé de première ligne constituent la base des soins de santé. Il faut renforcer ces soins de première ligne. Le décret des soins de première ligne permet de mettre en place diverses formes de coopération et de les soutenir là où cela s'avère nécessaire et possible. Une organisation monodisciplinaire de l'offre en matière de soins avec des personnes soignantes ou aidantes travaillant seules est remplacée petit à petit par des accords de coopération. Cette évolution trouve son origine aussi bien du côté de la demande que de l'offre. Les formes de coopération visent à stimuler la concertation, à réaliser une répartition des tâches, à échanger des données et à favoriser la mise en réseau.

Un élément essentiel en vue de réaliser une organisation effective et efficace de la première ligne est une bonne division 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 région de soins et à la collaboration et la programmation des équipements de santé et des équipements de bien-être](#) (décret sur les régions de soins) a pour objectif de réaliser une organisation territoriale des soins en Flandre.

Sur la base de ce décret, l'Arrêté du Gouvernement flamand du 19 décembre 2008 a mis en place les initiatives de coopération des soins de santé de première ligne (SEL's). Celles-ci constituent l'élément principal du décret de première ligne. Ces SEL dépassent le niveau de la pratique et portent principalement sur les activités organisationnelles propres aux soins de santé de première ligne. La répartition géographique des SEL sera déterminée par l'application du décret des régions de soins. Une initiative de coopération en soins de santé de première ligne (SEL) est une coopération entre ceux qui offrent des soins, à savoir: les services de soins à la famille, les médecins généralistes, les centres de services locaux, les centres publics d'aide sociale, les centres de logement avec soins, les infirmiers et les sages-femmes, les centres de bien-être qu'organisent les mutualités, en collaboration ou non avec un ou plusieurs centres de services régionaux.

D'autres organisations offrant des soins, comme les associations d'aidants proches et leurs utilisateurs et les organisations de bénévoles, actives dans la région d'une SEL, sont invitées à devenir membre d'une SEL. En travaillant ensemble, ces organisations veulent améliorer autant que possible les soins et services proposés au patient. Elles prennent des initiatives en vue d'adapter leurs services aux besoins des patients dans leur région et concluent des accords entre elles pour mieux coordonner leurs soins. Une SEL peut aussi organiser une formation pour les prestataires et offre des informations utiles.

L'arrêté du Gouvernement flamand du 9 septembre 2011 crée la plateforme de coopération en soins de santé de première ligne. La plateforme de coopération a pour missions:

- conseiller et donner des informations au ministre sur les propositions de politiques concernant les soins de santé de première ligne;
- se concerter sur la formulation de priorités et la mise en oeuvre des propositions de politiques;
- stimuler et susciter une coopération entre les différents acteurs qui participent aux soins de santé de première ligne, tant dans le domaine de la santé que du bien-être;

- veiller à la cohérence et soutenir l'exécution de stratégies ou d'autres initiatives par rapport à la politique en matière de soins de santé de première ligne;
- organiser un partage des données entre les différents acteurs dans le domaine des soins de première ligne par le biais d'une plateforme de TIC.

Organisations partenaires: pour soutenir les soins de santé de première ligne, le décret prévoit l'agrément et la subsidiation d'organisations partenaires qui font office de centres d'expertise.

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

La structure des **soins de santé préventifs** en Flandre est décrite dans le *décret relatif à la politique des soins de santé préventifs* du 21 novembre 2003. Grâce à une organisation efficace de l'offre en matière d'initiatives favorisant la santé, ce décret vise à obtenir un gain maximal sur le plan sanitaire pour la population flamande afin de contribuer ainsi à une amélioration de la qualité de vie.

Ce décret décrit les partenaires suivants dans l'organisation des soins de santé préventifs:

- **Logos:** accords de coopération agréés par le Gouvernement flamand en vue d'une concertation et d'une organisation locale ou régionale en matière de santé dans un ressort géographique cohérent. Les Logos sont donc aujourd'hui inscrits dans un texte décretaal, ce qui leur procure une base plus solide que l'arrêté du Gouvernement flamand, dont il était question dans le rapport précédent.
- **Organisations partenaires:** organisations ayant une personnalité juridique qui fonctionnent comme un noyau dans un réseau d'expertise et qui sont agréées et subsidiées de plein droit ou agréées et subsidiées par le Gouvernement flamand parce qu'elles possèdent au moins l'une des compétences suivantes:
 - expertise de fond en matière de prévention;
 - expertise de fond en matière d'encouragement à la santé;
 - la possibilité de diffuser des données en matière de soins de santé.
- **Organisations actives sur le terrain:** organisations agréées de plein droit ou agréées et/ou subsidiées par le Gouvernement flamand, qui remplissent des missions sur le terrain, appliquent les méthodiques et/ou fournissent les services en matière de soins de santé préventifs.
- **Prestataires de soins individuels:** un médecin, membre du personnel paramédical ou praticien d'une autre discipline médicale ou paramédicale reconnue qui pose des actes dans le domaine des soins de santé préventifs.

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

a. quel est le nombre des centres de prévention et dépistage :

Remarque préalable :

Nous ne mentionnons ici que les centres ayant une mission spécifique en matière de prévention ou de screening. Le modèle médical belge est cependant plus intégré et une partie de ces activités ne sont pas réalisées dans de tels centres spécialisés mais également par des établissements existants, actifs notamment dans le secteur curatif. Les autorités flamandes recourent principalement aux équipements existants dans le secteur des soins de santé (curatifs) en vue d'organiser les soins de santé préventifs. Cela signifie aussi que les programmes de screening sont des programmes exécutés de manière décentralisée mais gérés autant que possible de façon centralisée.

- **Logos:** ce sont des accords de coopération agréés par le Gouvernement flamand en vue d'une concertation et d'une organisation locale ou régionale, qui assurent la promotion et la prévention en matière de santé en rapport avec les objectifs sanitaires de la Flandre, vis-à-vis de la population en général et de groupes-cibles spécifiques (voir ci-après une description de leur organisation, de leur fonction et de leurs missions). 15 logos ont été constitués au total en Flandre (en ce compris Bruxelles).
- **Kind en Gezin:** organise les soins de santé préventifs pour les enfants de leur naissance jusqu'à l'âge où ils vont à l'école (en principe 2,5 ans). Cela se fait à partir de 342 bureaux de consultation locaux et 61 maisons régionales. En 2011, on a enregistré 547916 consultations, dont 87,9% au total pour des enfants habitant en Flandre qui ont été vus au moins une fois à la consultation. 96,4% des enfants ont fait l'objet d'une visite à domicile après la naissance.
- **CLB:** centre d'orientation pour étudiants. Il y a en Flandre 75 CLB qui comptent au total 262 agences. Ils s'adressent en principe à tous les enfants et jeunes en âge scolaire, ce qui fait au total 1.081.081 personnes. Voir ci-après une description de leur organisation et de leurs missions (PAR. 2, question A).

- **Les services internes et externes de prévention et de protection au travail** peuvent se composer de deux départements, ou respectivement deux services: 1) un département ou service de contrôle médical et 2) un département ou service de maîtrise du risque. La Communauté flamande est compétente pour l'agrément des départements et services de contrôle médical. L'agrément en tant que service de contrôle médical est une condition en vue d'une reconnaissance par le pouvoir fédéral comme service externe. Pour le moment, il y a 65 services internes qui ont un département de contrôle médical agréé par la Flandre et 14 services externes possédant un agrément de la Flandre pour leur service de contrôle médical.
- **Centres de soins de santé mentale:** les CSSM sont des asbl agréées et subsidiées par les autorités flamandes. Leur mission consiste d'abord à proposer une aide ambulatoire spécialisée en cas de problèmes d'ordre psychique, relationnel ou psychosomatique. Une série d'entre eux ont aussi une mission de prévention spécifique. Il y a 20 CSSM agréés et subsidiés par les autorités flamandes en Flandre et à Bruxelles.
- **Centres de screening du cancer du sein:** il existe 181 unités mammographiques agréées et 5 centres de screening pour le dépistage du cancer du sein. La Flandre compte aussi 3 unités mammographiques mobiles agréées ou "mammobiles".
- **Centres de référence du SIDA:** le 1er juillet 1996, la Ministre des Affaires sociales De Galan a reconnu les sept centres de référence du SIDA belges comme centres de rééducation. Les centres sont nés des laboratoires de référence SIDA et sont notamment actifs dans le domaine de la guidance psychosociale de personnes atteintes du VIH et de leur entourage. Ils aident aussi les gens qui demandent un test de dépistage du SIDA. Cinq d'entre eux sont situés en Flandre
- Il existe en Flandre 2 organisations agréées pour le dépistage de maladies métaboliques congénitales.

b. *quels sont les examens systématiques de santé :*

- Les **enfants de 0 à 3 ans** sont soumis à un examen médical à intervalles réguliers par Kind & Gezin: voir ci-après (sous PAR 1, question B, a) pour une description complète.
- Les **jeunes en âge scolaire** subissent un examen médical à intervalles réguliers durant leur parcours scolaire qui est effectué par les CLB. Voir ci-après (sous PAR. 2, question A, point a) pour une description complète des examens et des moments auxquels ceux-ci sont réalisés.
- La **population active** est régulièrement soumise à un examen médical général par les services de santé au travail. La teneur et la fréquence des examens médicaux dépendent notamment du risque lié au poste de travail et du fait qu'il s'agit d'une fonction de sécurité ou non. Voir ci-après sous PAR. 2, Question A, point b.
- Toutes les **femmes de 50 à 69 ans inclus** qui résident dans la Région flamande et les femmes néerlandophones qui résident dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale se voient proposer tous les deux ans une mammographie de dépistage du cancer du sein. Voir ci-après sous PAR. 2, Question A, point b.
- **Screening néonatal:** La Communauté flamande subsidie le dépistage de la phénylalaninémie, de l'hypothyroïdie, de l'hyperplasie corticosurrénale, du déficit de la biotinidase, du déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne, du déficit multiple en acyl-CoA déshydrogénase, de l'acidémie d'isovalériane, de l'acidémie propionique, de l'acidémie méthylmalonique, de la leucinose (ou maladie du sirop d'érable), de l'acidémie pyroglutamique, pour tous les nouveaux-nés dans les trois centres agréés. Le dépistage n'est pas obligatoire. Voir ci-après sous PAR. 2, Question A, point b.

En Fédération Wallonie-Bruxelles.

1. description du secteur.

Le secteur "promotion de la santé" de la Fédération Wallonie-Bruxelles a été initialement organisé en 1997, et revu en 2003 (cfr [décret](#)).

Depuis la publication de la [Charte d'Ottawa](#), du 21 novembre 1986, le concept de promotion de la santé s'est progressivement imposé comme référence partout dans le monde. Mais qu'est-ce qu'on entend par "promotion de la santé" ?

La charte propose la définition suivante : "**La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.**"

De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé ou les actes préventifs visant le seul individu.

- d'élaborer une politique publique saine;
- de créer des milieux favorables;
- de renforcer l'action communautaire;
- de développer les aptitudes personnelles;
- de réorienter les services de santé.

Le Décret du 14/7/97 modifié le 17/7/03 portant organisation de la politique de promotion de la santé en Communauté française a adopté ce nouveau concept.

Ces Décrets prévoient que la politique de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de promotion de la santé soit énoncée dans un programme quinquennal.

Le premier programme quinquennal adopté par le Gouvernement de la Communauté française couvre la période 1998 – 2003.

Il met en évidence des stratégies, des populations et des problèmes de santé prioritaires. Il précise des critères de qualité des programmes d'actions et de recherche, et souligne la nécessité de l'évaluation.

Le deuxième programme quinquennal couvre la période 2004-2008 et a été prolongé sous le couvert d'un audit général de la politique de Santé en Communauté

Les Décrets du 14/7/97 et du 17/7/03 prévoient également la mise en place de diverses structures.

1 - Le **Conseil supérieur de promotion de la santé** est un organe chargé de remettre des avis au Gouvernement. Plusieurs Commissions sont créées en son sein : Commission d'avis sur les programmes d'actions et de recherche, Commission "campagnes radiodiffusées" et Commission "Epidémiologie".

2 - Les **Centres locaux de promotion de la santé (CLPS)** sont des organismes agréés pour coordonner, sur le plan local, la mise en oeuvre du programme quinquennal et des plans opérationnels.

- d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement, dans les délais que celui-ci détermine;
- de coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics-cibles, sans distinction de tendances

philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du Plan communautaire de promotion de la santé;

- d'apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise;
- d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé.

Les centres locaux de promotion de la santé travaillent en collaboration avec l'administration, les services communautaires de promotion de la santé et les centres de référence.

3 - Les **Services communautaires de promotion de la santé (SCPS)** sont des organismes ou services qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de recherche ou d'évaluation.

Cette assistance est proposée au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux Centres locaux de promotion de la santé, au système d'informations sanitaires et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive.

Les Services communautaires de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans, par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre de l'exécution du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel, leur contribution permanente spécifique, les conditions d'utilisation des subventions qui leur sont accordées dans les limites des crédits budgétaires, pendant la période d'agrément, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.

Les services communautaires travaillent en collaboration avec l'administration, les centres locaux de promotion de la santé et les centres de référence (médecine préventive).

Enfin, les Décrets du 14/7/97 et du 17/7/03 prévoient que le Gouvernement peut subventionner des [programmes d'actions et de recherches en promotion de la santé](#).

1 - 2 – le programme quinquennal

Le Programme quinquennal 2004-2008 retient **trois axes** pour la définition des priorités de la politique de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique : **des principes d'action, des acteurs prioritaires et des problématiques de santé prioritaires**. Ces axes définis datent donc de 2004 mais restent pertinents dans leur acceptation.

I. Des principes d'action

1. Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé

La Charte d'Ottawa identifie quatre conditions préalables à la santé : la paix, un toit, une nourriture et un revenu suffisants. De manière générale, l'inégalité socio-économique apparaît comme la principale source des inégalités devant la santé. Par ailleurs, les valeurs de solidarité sont indissociables des valeurs qui sous-tendent la promotion de la santé.

L'amélioration du niveau de vie et l'insertion socio-économique des personnes défavorisées sont donc des buts prioritaires, en amont des interventions plus spécifiques de la compétence de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre du décret du 14 juillet 1997. L'article 17, 2e alinéa, de ce décret précise d'ailleurs : « Il sera en

particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures. »

Le terme de « cultures » ne doit pas seulement être entendu ici dans ses aspects ethnico-religieux ou nationaux (cas des populations d'origine immigrée) mais aussi dans ses aspects éducatifs ou socio-économiques (cas des populations appauvries, marginalisées ou exclues, qui développent effectivement une culture propre, au sens sociologique du mot).

2. Intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé

L'enjeu des prochaines années sera d'articuler les différents programmes de médecine préventive entre eux, mais aussi de les articuler avec les démarches d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, qui doivent intervenir, le plus possible, en amont des problèmes de santé et de façon globale (sans forcément cibler telle ou telle maladie).

3. Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions qui les concernent

La participation des populations aux programmes, actions ou projets portant sur les problématiques de santé ou les déterminants de la santé qui les affectent constitue une troisième priorité stratégique. Il importe, en effet, non seulement de favoriser l'accès de la population aux services et soins de santé, mais aussi d'impliquer les citoyens dans les actions de promotion de la santé, depuis la définition des besoins et la conception des interventions jusqu'à la réalisation et l'évaluation de celles-ci.

Cet objectif est ambitieux ; il ne sera pas atteint facilement. Il constitue cependant un important enjeu démocratique. Il pourra notamment être réalisé par l'action et le travail communautaires, comme en témoigne l'expérience de plusieurs associations et services, en particulier auprès de populations en situation de vulnérabilité (pauvreté, logements inadéquats et/ou insalubres, mauvaise maîtrise du français, exclusion sociale ou culturelle, etc.).

4. Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel

Cette priorité stratégique découle de la conception multifactorielle et donc intersectorielle de la santé qui caractérise la promotion de la santé. Elle cherche à créer les conditions d'une action plus globale et donc plus adaptée à la complexité des réalités en créant des modes de concertation réunissant des partenaires provenant de divers secteurs : santé, éducation, politique, économique.

L'intersectorialité favorise le décroisement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents...

On sait cependant que le travail intersectoriel – via des dispositifs tels que les coordinations sociales, les concertations locales, les conseils de prévention, etc. – est délicat, et se heurte à la complexité des contextes sur le terrain, aux clivages professionnels et institutionnels, aux conflits de compétences.

Une structure moins formelle, celle du réseau, constitue une autre piste de travail. Il peut se définir comme un assemblage non structuré d'acteurs libres entretenant entre eux une communication forte, susceptible de les renforcer, d'établir des échanges centrés sur un objectif commun à partir de concepts, compétences, activités partagées.

Cet objectif peut être la mise en valeur des acteurs, la modification de rapport hiérarchique vers davantage d'égalité entre les acteurs, la création d'un lieu d'échanges ou de négociations...

Dans l'un et l'autre cas, il semble que les atouts soient les suivants : un problème ou une situation qui dépasse les limites d'un seul secteur ; un projet mobilisateur, pouvant déboucher à moyen terme sur des résultats concrets et visibles pour chacun des partenaires concernés; la participation à la concertation sur une base volontaire; l'inscription dans la durée du projet, de l'action ou du programme.

Le partenariat et le travail en réseau se construisent sur la responsabilité de chaque secteur.

5. Développer des procédures d'assurance de qualité.

La qualité des programmes, basée sur des critères méthodologiques, doit rester un des premiers atouts de la promotion de la santé. Ces critères de qualité ont été détaillés dans le Programme quinquennal 1998-2003³⁵.

Le Plan opérationnel concrétisera le processus d'assurance de qualité.

6. Augmenter les compétences et les capacités d'action en promotion de la santé des relais et de la population par l'éducation permanente et la formation.

³⁵ a) Qualité des objectifs

On retiendra d'abord les critères classiques, parmi lesquels :

- pertinence (les objectifs doivent être cohérents avec l'analyse des besoins);
- réalisme (les objectifs doivent, raisonnablement, pouvoir être atteints à l'issue de l'action ou de la recherche);
- acceptabilité (les objectifs doivent être acceptables pour les acteurs impliqués et pour la population concernée);
- degré d'opérationnalisation (les objectifs doivent être exprimés en termes évaluables). L'exigence d'opérationnalisation doit évidemment être cohérente avec les objectifs.

A ces critères s'ajoutent des qualités cohérentes avec le concept de promotion de la santé :

- des objectifs qui ne se limitent pas à la prévention d'une pathologie mais prennent en compte des aspects plus positifs et plus globaux de la santé ;
- des objectifs qui visent à réduire les inégalités sociales devant la santé ;
- des objectifs définis avec des acteurs (professionnels ou profanes) impliqués dans l'action ou la recherche;
- des objectifs qui visent à favoriser le développement de dynamiques communautaires

b) Qualité des moyens

Ici encore, on retiendra d'abord les critères classiques, parmi lesquels :

- pertinence (les moyens doivent être cohérents avec les objectifs);
- efficacité (les moyens doivent pouvoir, raisonnablement, permettre d'atteindre les objectifs, sans entraîner un excès d'effets contre-productifs);
- efficacité (les moyens ne doivent pas être disproportionnés par rapport aux objectifs);
- acceptabilité (les moyens doivent être acceptables par les acteurs impliqués et par la population concernée);
- accessibilité (les moyens doivent être à portée des acteurs impliqués et de la population concernée).

Un autre critère découle du concept de promotion de la santé : l'association de la population concernée à l'élaboration et à la mise en oeuvre des actions, que ce soit sous forme de consultation, de soutien, de partenariat, de participation directe à l'action, ou sous une autre forme de synergie.

c) Qualité de l'évaluation

La qualité d'une évaluation dépend de plusieurs critères, parmi lesquels :

- L'utilité : l'évaluation est directement en relation avec des décisions à prendre sur le déroulement de l'action.
- La pertinence : l'évaluation doit permettre de réguler le programme, d'observer et de juger ses effets et son processus.
- L'efficacité et l'efficacité : les objectifs et les moyens de l'évaluation sont adaptés et proportionnés au programme et aux moyens disponibles.
- La rigueur : les critères, les indicateurs et le dispositif respectent les bonnes pratiques ; ils sont négociés, spécifiques, sensibles et fiables
- La participation : les acteurs dont les bénéficiaires sont associés au processus.
- L'utilisation : l'évaluation met en place un processus de communication en vue de favoriser l'utilisation de ses résultats.

Une des conditions du développement de la participation citoyenne et du travail intersectoriel réside dans la formation continue des professionnels de divers secteurs à la promotion de la santé et à la mise en place de processus d'éducation permanente avec la population.

Des critères de qualité de ces programmes de formation peuvent être définis³⁶. Le Plan opérationnel pourra s'en inspirer.

7. Articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique

L'impact sur la santé des diverses politiques sectorielles est déterminant. L'impact peut être favorable mais aussi défavorable. Les actions transversales et les politiques intersectorielles sont de ce fait indispensables à apporter une réponse adéquate. C'est pourquoi l'interaction entre le champ de la santé et les champs des autres politiques doit pouvoir être évaluée.

Cette articulation a pour but de dépasser les limites des compétences des différents pouvoirs publics. Seule, en effet, une politique interministérielle peut favoriser les décisions – sociales, économiques, culturelles, urbanistiques... – qui ont pour effet de produire de la santé.

« La Charte d'Ottawa précise que la promotion de la santé ne doit pas relever du seul secteur sanitaire mais impliquer l'ensemble des politiques dans les conséquences de leur décision sur la santé des populations. La dispersion des compétences et des intervenants nécessite aussi une concertation permanente dans l'élaboration de ces politiques. »

II. Des acteurs prioritaires

1. Les acteurs des milieux de vie (familles, écoles, milieux d'accueil...)

Les lieux de vie tels que les **milieux d'accueil des jeunes enfants** (accueil de 0 à 3 ans, accueil extrascolaire) mais aussi les **lieux de soins et d'hébergement** des différentes catégories d'âges se prêtent particulièrement bien à une stratégie de promotion de la santé (développer des modes de vie sains, développer une participation citoyenne, développer les aptitudes individuelles et sociales, etc.). Certains milieux d'accueil touchent une population en situation de vulnérabilité et méritent de ce fait une attention particulière (centres d'accueil par exemple).

Cette approche, qui vise les milieux de vie professionnalisés, ne doit pas faire négliger le **milieu familial**, source de toute éducation, y compris dans le domaine de la santé.

Le **milieu scolaire** fait cependant l'objet d'une attention toute particulière. En effet, la population des jeunes de 6 à 18 ans est soumise à l'obligation scolaire, et la Fédération Wallonie-Bruxelles rassemble des compétences particulièrement orientées vers ce public : promotion de la santé, enseignement, culture, sport, aide à la

³⁶ ■ Prendre du recul par rapport aux demandes « instrumentales » (d'outils ou de démarches standardisées) pour permettre d'approfondir la compréhension des situations problématiques.

■ Travailler prioritairement sur les représentations mentales, notamment par rapport à la santé et aux risques, aux inégalités de santé et situations de vulnérabilité, à l'empowerment et à la participation des populations.

■ Intégrer les trois registres d'objectifs d'apprentissage (savoir, savoir-faire, savoir être) dans les processus d'acquisition des compétences.

■ Privilégier les groupes de formation pluri-sectoriels ou pluri-professionnels et les équipes pluridisciplinaires de formateurs.

■ Privilégier les processus de formation qui prévoient avec des aller-retour entre moments de formation et confrontation à la pratique ;

■ Valoriser les pratiques de participants, par exemple en développant les échanges de pratiques.

■ Créer une possibilité de suivi des formations par des accompagnements individualisés.

jeunesse. C'est évidemment une opportunité pour développer des programmes cohérents de promotion de la santé à l'école.

La promotion de la santé à l'école concerne non seulement les élèves mais tous les partenaires du milieu scolaire : les parents, la communauté éducative, les pouvoirs organisateurs, les administrations ; elle peut aussi nécessiter une concertation accrue entre secteurs et avec les pouvoirs locaux.

Elle devrait démarrer très tôt dans le cursus scolaire (dès la maternelle) et représenter un des axes de la lutte contre l'inégalité en matière de santé. Elle nécessite l'adhésion et des prises de position cohérentes de la part des autorités de tutelle et des pouvoirs organisateurs

2. Les membres des collectivités locales (communes et associations locales, notamment sportives)

Ces collectivités se situent notamment au niveau communal. Les actions locales permettent de favoriser la participation citoyenne, via le milieu associatif : maisons de quartier, associations féminines, services d'aide à la jeunesse, maisons de jeunes, centres de santé, associations sportives. Ces actions devraient également venir appuyer à l'échelon local les programmes de médecine préventive organisés au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Outre les ressources propres à chaque terrain particulier, les actions locales peuvent s'appuyer sur les ressources et dispositifs mis en place par la Fédération Wallonie-Bruxelles, en particulier sur les CLPS.

3. Les relais auprès des populations les plus vulnérables

Certaines personnes ou groupe de personnes (ex : personnes issues du quart monde, certains adolescents en décrochage scolaire, jeunes adultes marginalisés, personnes sans-abri, candidats réfugiés déboutés...) cumulent pour des raisons différentes, des facteurs de vulnérabilité défavorables à la santé.

Ces personnes ont généralement peu accès aux programmes et aux interventions classiques de santé.

Il semble donc important non seulement de lutter pour le développement de contextes économiques, politiques, sociaux... plus favorables à leur santé, mais également de miser sur des relais qui les rencontrent dans leur cadre de vie. Par exemple : les éducateurs de rue, les centres d'accueil, les structures d'hébergement...

III. Des problématiques de santé prioritaires

1. La prévention des assuétudes

La prévention des assuétudes repose sur un paradoxe puisqu'il s'agit pour une part d'inciter à éviter un comportement et pour une autre part d'éduquer à la responsabilité et au libre choix. La question des drogues fait partie de l'expérience humaine, et ce dans toutes les cultures. Mais l'angoisse suscitée par les drogues et l'emprise du modèle biomédical (à tout problème son traitement, son vaccin...) incitent à rechercher des solutions en termes d'élimination, d'éradication. Un autre aspect de la problématique des assuétudes réside dans l'accent mis sur les psychotropes illicites, alors que les autres accoutumances (aux médicaments, à l'alcool, au tabac) reçoivent une attention moindre, ou en tout cas soulèvent moins d'émotion et sont abordées de manière bien différente. La réflexion actuelle a montré sur la nécessité de développer également des projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites. Dans la mesure où des problèmes de santé mentale (difficultés relationnelles, mal-être, voire pathologie franche) peuvent conduire la consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, médicaments, cannabis, ecstasy, héroïne...), une cohérence devra être assurée entre les actions et programmes de promotion du bien-être et de la santé mentale et les actions et programmes de prévention des assuétudes.

Par ailleurs, en milieu scolaire, les autorités concernées doivent veiller à garantir l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière d'assuétudes, ceci afin d'éviter les interventions préventives de la police qui sont contre-productives par rapport à cette politique.

2. La prévention des cancers

Le cancer représente globalement la deuxième cause de mortalité en Fédération Wallonie-Bruxelles. La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains modes de vie habituels et par la réduction de certains facteurs de risque connus, présents dans l'environnement de travail ou dans l'environnement général. La prévention secondaire de certains cancers par le dépistage doit être encouragée.

3. La prévention des maladies infectieuses

La prévention des maladies infectieuses est une priorité classique des programmes de santé nationaux.

La Fédération Wallonie-Bruxelles met particulièrement l'accent sur la promotion de la vaccination, la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles (MST) et la prophylaxie de la tuberculose

4. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

On parle ici de traumatismes et non plus d'accidents, ce qui permet de dépasser les démarches de prévention orientées vers l'identification des individus à risque et la modification de leurs comportements.

Les traumatismes se classent en deux catégories : les traumatismes intentionnels (homicides, violence, agressions, suicides, mutilations...) et les traumatismes non intentionnels (route, sport, travail, loisir, école, domicile...).

Les interventions reconnues comme efficaces combinent des actions qui visent à changer les comportements, à rendre l'environnement plus sûr, à favoriser le renforcement et l'application de mesures de sécurité. L'engagement multisectoriel ainsi qu'une bonne connaissance des facteurs de risque sont les conditions de leur efficacité. La priorité sera donnée aux mesures de prévention passive, plus efficaces et plus égalitaires. Compte tenu du vieillissement de la population, la prévention des chutes constitue un défi majeur.

5. La promotion de l'activité physique

La promotion des politiques et des programmes en faveur de l'activité physique doit constituer un axe majeur des stratégies à mettre en place pour améliorer le bien-être général de la population. Toutefois, si une activité physique raisonnable est bénéfique pour la plupart des personnes, la pratique sportive inadaptée peut parfois entraîner des inconvénients, qu'il s'agit de prévenir.

6. La promotion de la santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire est régulièrement négligée en tant que priorité de santé publique, y compris dans les études épidémiologiques. Cependant elle représente un champ d'activités significatif et génère des coûts importants pour l'assurance maladie et pour la population. Son impact est également significatif sur d'autres systèmes (cardites par exemple) et, à l'inverse, elle peut être la conséquence d'autres maladies (dans le cas du diabète par exemple). Enfin, l'état de santé bucco-dentaire est étroitement corrélé au statut social, tant pour des raisons financières que par déficit de l'estime de soi. La prévention, passant par une bonne hygiène bucco-dentaire, se montre rentable en termes de coûts/efficacité, et plus particulièrement pour les populations les moins favorisées.

7. La promotion de la santé cardiovasculaire

Les formes principales de maladies cardio-vasculaires sont les maladies ischémiques du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Les interventions médicales (médicaments, chirurgie, etc.) permettent d'accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes déjà atteintes. La prévention de ces maladies est classiquement abordée par la réduction des risques. Ceux-ci sont multiples. Citons parmi les principaux facteurs

accessibles à la promotion de la santé : le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II. Ces facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se multiplient.

8. La promotion du bien-être et de la santé mentale

Dans les enquêtes de santé, plus de 25 % des personnes interrogées déclarent présenter un mal-être. Pour la moitié d'entre elles, il pourrait s'agir de problèmes assez sérieux de santé mentale : troubles dépressifs, troubles somatiques, symptômes d'anxiété. En outre, près de 15 % des personnes interrogées indiquent avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines. Il serait donc pertinent de définir des objectifs et des stratégies visant une population tant d'adultes que de jeunes. Néanmoins, la Fédération Wallonie-Bruxelles donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés.

9. La promotion de la santé de la petite enfance

Si la naissance et la petite enfance ne sont plus des périodes de haute vulnérabilité pour la santé de l'enfant et de sa mère, elles constituent des moments clés pour sensibiliser la famille du jeune enfant aux facteurs déterminant sa santé et son développement.

Des actions concertées entre les futurs parents, jeunes parents et professionnels de la santé ont prouvé leur efficacité notamment en matière de mort subite du nourrisson. Des progrès restent cependant encore à faire en matière de tabagisme et en matière de suivi des mères adolescentes. Les programmes en cours, centrés sur la qualité de l'alimentation, la qualité du sommeil, la prévention des traumatismes et la promotion de la bientraitance, gardent toute leur raison d'être dans un plan de promotion de la santé.

10. La promotion d'un environnement sain

En regard des nombreuses sources et influences possibles des pollutions environnementales intérieures et extérieures – air, eau, nuisances sonores – sur la santé, un grand nombre d'acteurs est concerné par les relations entre l'environnement et la santé.

Si la politique de l'environnement et la politique de santé nécessitent des concertations pour les terrains d'actions où elles sont liées et influencées l'une par l'autre, et si cette cohérence doit reposer sur une approche transdisciplinaire la plus opérationnelle possible, elle doit respecter l'autonomie respective de l'Autorité fédérale, des Régions et des Communautés quant à son élaboration et son exécution concernant leurs législations et leurs autres outils de gestion propres.

Dans cette optique, la Fédération Wallonie-Bruxelles a adopté en 2003 un accord de coopération avec l'Etat fédéral et les autres entités fédérées pour veiller à la coordination de la rédaction, du suivi de la mise en oeuvre et de la révision du NEHAP (plan national d'action santé-environnement) tel que préconisé par l'OMS. Cet accord veille également, là où les compétences sont réparties entre les parties, à une mise en oeuvre coordonnée du NEHAP dans la mesure où les actions et projets concernés correspondent aux critères d'intersectorialité, d'interterritorialité, de transdisciplinarité et requièrent un financement commun.

1 - 3 – le plan communautaire opérationnel (PCO)

Le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a approuvé le PCO le 20 octobre 2005, PCO qui est fréquemment mis à jour. La présentation ci-après constitue la dernière version de celui-ci.

Dans le cadre de la politique définie en Fédération Wallonie-Bruxelles et compte tenu des moyens limités dont elle dispose, le Ministre en charge de la santé a proposé au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles de choisir des axes prioritaires au sein de ces thématiques. Ces choix sont essentiellement fondés sur l'incidence, la prévalence des problèmes de santé et leur vulnérabilité.

Dans le cadre du PCO, les priorités ont été définies comme suit:

1. prévention des cancers

Le cancer représente globalement la deuxième cause de mortalité en Fédération Wallonie-Bruxelles. La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains modes de vie habituels et par la réduction de certains facteurs de risque connus, présents dans l'environnement de travail ou dans l'environnement général.

Il s'agit notamment de promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé, en développant des programmes cohérents et coordonnés en matière d'alimentation et de prévention du tabagisme et de favoriser une culture de santé, particulièrement en identifiant les représentations qui, en pratique, peuvent rendre l'accès au dépistage difficile ou inconstant. La prévention secondaire de certains cancers par le dépistage doit être encouragée.

A l'échelle d'une population, le dépistage organisé, c'est-à-dire réalisé dans le cadre d'un « programme », offre une efficacité en termes de réduction de la mortalité, de réduction des effets négatifs au minimum, et de couverture d'un maximum d'individus.

a) le programme de dépistage du cancer du sein

Le programme de dépistage du cancer du sein est né du protocole d'accord visant une collaboration entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie signé en octobre 2000. Le programme répond aux recommandations du Conseil de l'Union Européenne ainsi qu'à celles du KCE.

Les femmes de 50 à 69 ans reçoivent, tous les 2 ans, une invitation personnelle à se présenter dans une unité de mammographie de leur choix, agréée pour le programme. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la mammographie réalisée dans le cadre du programme s'appelle « mammotest ».

Le Programme a pour objectif d'identifier, parmi les femmes de 50 à 69 ans, celles qui présentent une anomalie radiologique. Dans ce cas, des examens complémentaires sont réalisés dans un 2ème temps. Ils ne devraient concerner que 5 à 7 % des femmes (European guidelines for quality assurance in mammography screening. European Commission. Fourth edition -2006).

En, 2008, le programme de dépistage de cancer du sein a opté pour le recours à la mammographie numérique. En effet, différentes études indiquent que les performances de la mammographie numérique et celles de la mammographie analogique sont identiques.

L'équipement en mammographie numérique se développe de façon importante en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La mammographie numérique présente les avantages suivants :

- réduction du délai entre la réalisation du mammotest et la transmission des résultats au médecin référent car les transferts d'images, des fiches de lecture et de résultats se font par voie informatique sécurisée.
- réduction des risques de perte inhérents aux transferts postaux.
- archivage centralisé : il permet une comparaison avec les anciens clichés. Il permet aussi de constituer une base de données pour la formation des radiologues.
- impact écologique via la suppression des films argentiques et des bains de développement et de fixation.

b) le programme de dépistage du cancer colorectal

Le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a approuvé le principe de la mise en place dès 2009 d'un Programme de dépistage du cancer colorectal.

Le cancer colorectal représente en Belgique environ 7.700 nouveaux cas par an ; il s'agit du cancer digestif le plus fréquent. Il arrive en troisième position chez l'homme après le poumon et la prostate et en deuxième position chez la femme après le cancer du sein. Il reste associé à une mortalité élevée (40 à 50% des personnes atteintes décèdent dans les 5 ans). Le nombre de nouveaux cas est faible avant 50 ans pour augmenter ensuite de façon rapide.

L'objectif d'un dépistage de masse du cancer colorectal est de réduire la mortalité par un diagnostic précoce. En effet, la détection et l'exérèse des adénomes, qui sont les lésions précancéreuses les plus fréquentes, permettent d'éviter le développement de cancers. La population cible est la population ne présentant pas de symptômes, appartenant à la tranche d'âge 50-74 ans et n'ayant pas d'antécédents personnels ou familiaux (= population à risque moyen).

Dans son rapport sur le dépistage du cancer colorectal, le KCE fournit les bases scientifiques pour le mettre en place. Tous les guidelines recommandent d'offrir le dépistage du cancer colorectal aux patients à risque moyen, c'est-à-dire asymptomatiques et sans antécédents familiaux ou personnels, à partir de l'âge de 50 ans.

Pour un tel dépistage de masse, c'est le test de recherche de sang occulte dans les selles (test FOBT – Hémoccult)) qui est retenu. Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent quant à elles, faire l'objet d'un suivi spécifique et ne sont pas concernées par le dépistage de masse.

c) la prévention des cas de mélanomes

En Belgique, on dénombre 1000 nouveaux cas de mélanome par an (incidence 10/100.000). Depuis les années 1970, l'incidence augmente de 3 à 7% par an, soit un doublement de l'incidence tous les 10 à 20 ans.

L'augmentation des cas de mélanomes est attribuée à des changements de mode de vie qui augmentent l'exposition de la peau aux ultraviolets, surtout une exposition intermittente intense. 90% des mélanomes sont dus au soleil.

Si le mélanome reste heureusement rare dans l'enfance, l'exposition solaire durant cette période joue un rôle déterminant dans l'augmentation du risque de mélanome à l'âge adulte. Le mélanome se préparerait avant l'âge de 12 ans.

Les recommandations de prévention de la surexposition aux UV de l'OMS sont:

- limiter la durée de l'exposition en milieu de journée. L'intensité du rayonnement UV solaire est maximale entre 10 h et 14 h (en heure solaire, c'est-à-dire deux heures avant et deux heures après le zénith).
- rechercher l'ombre. Il est recommandé de se réfugier à l'ombre quand le rayonnement UV est le plus intense.
- porter des vêtements et accessoires de protection. Un chapeau à large bord offre une bonne protection des yeux, des oreilles, du visage et de l'arrière du cou contre le soleil. Les lunettes de soleil, avec une protection latérale suffisante, bloquent 99 % à 100 % des UVA et UVB, ce qui réduit considérablement le risque de lésions oculaires par exposition au soleil. Les vêtements amples au tissage serré apportent une protection supplémentaire.
- protéger les enfants. En général, les enfants sont plus sensibles que les adultes aux risques de l'environnement. Au cours des activités en plein air, il faut les protéger de l'exposition aux UV en appliquant les mesures décrites ci-dessus. Quant aux nourrissons, il faut toujours les garder à l'ombre.

La Fédération Wallonie-Bruxelles a pris l'initiative d'une campagne de prévention dont les outils peuvent être consultés sur le site www.palou.be

2. programme de vaccination

La vaccination, un des moyens éprouvés de lutte contre les maladies infectieuses, est une des priorités reprises dans le programme quinquennal de promotion de la santé.

Se protéger est certes important pour soi-même mais aussi pour les autres. Chaque personne vaccinée est en effet un obstacle à la contamination de son entourage, dans lequel peuvent se trouver des enfants, des parents, des amis, etc. qui, pour l'une ou l'autre raison, ne peuvent pas être vaccinés. De plus, en évitant à ceux-ci de contracter la maladie, on évite souvent qu'ils soient eux-mêmes à l'origine de sa transmission. En d'autres mots, on peut faire d'une pierre trois coups.

Mais cet effet « boule de neige » d'entrave à la circulation des microbes (essentiellement les virus et les bactéries) ne se produit qu'insuffisamment si le pourcentage de personnes vaccinées (ce qu'on appelle la « couverture vaccinale ») n'est pas assez élevé. On le voit, il est donc nécessaire de concevoir une politique de vaccination « proactive ». Il faut comprendre par là qu'on ne doit pas en limiter l'ambition à permettre à qui le souhaite d'en bénéficier mais d'aller au-delà en encourageant, en incitant le maximum de personnes à y recourir. C'est ce que s'efforcent de faire les Pouvoirs publics et, en particulier, la Fédération Wallonie-Bruxelles par son programme de vaccinations.

Il faut cependant noter qu'il n'est pas possible (ni d'ailleurs justifié) de protéger tout le monde contre toutes les maladies infectieuses. En effet, il n'existe pas de vaccin contre toutes ces maladies, la gravité de certaines d'entre elles n'est que relative et tous les vaccins disponibles ne sont pas d'une égale efficacité. Par ailleurs, les moyens financiers que l'on peut mettre à disposition du programme de vaccinations ne sont pas infinis.

Ceci requiert donc de faire des choix en termes de « publics cibles » (les groupes de personnes à vacciner en priorité) et de maladies à éviter, en prenant en considération tant les données épidémiologiques (les statistiques sanitaires) et la gravité des maladies que les vaccins et les ressources financières disponibles. A cet égard, la Fédération Wallonie-Bruxelles s'aligne sur les recommandations formulées par le [Conseil supérieur de la santé du service public fédéral « Santé publique »](#) et en particulier sur le [calendrier vaccinal de base](#) qu'il actualise chaque année.

En bref, 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 douze 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, le pneumocoque et le Papillomavirus.

A noter qu'en Belgique, seule la vaccination contre la poliomyélite est obligatoire.

Pour atteindre cet objectif de santé publique, plusieurs conditions doivent être remplies : la gratuité des vaccins, leur facilité d'accès, le confort des enfants, la formation et l'information, tant des parents que des acteurs de la vaccination (les médecins, les services de l'ONE et de PSE, ...). Rencontrer ces diverses conditions est l'objectif du programme.

3. prévention du SIDA et des IST – Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

a) la prévention du SIDA et des IST

L'objectif spécifique est de contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) et plus particulièrement du VIH, de réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité. Pour l'ensemble des publics cibles, trois objectifs opérationnels transversaux sont définis :

- améliorer le recours adéquat et l'accès au dépistage de qualité du VIH et des autres IST
- augmenter et/ou améliorer l'utilisation du préservatif lors de la prise de risque
- contribuer à réduire les discriminations vis-à-vis des publics vulnérables et plus particulièrement des personnes séropositives.

Des objectifs complémentaires et les activités qui s'y rapportent sont également formulés pour ces différents publics.

• *En ce qui concerne le processus des « Stratégies concertées »*

En plus des publics cibles précités, les « Stratégies concertées » identifient, selon une vision systémique, d'autres acteurs en lien avec la problématique IST/SIDA. Trois axes stratégiques sont définis selon les acteurs, services ou milieux de vie concernés par les interventions. Ces axes sont complémentaires et se renforcent mutuellement. Ils sont formulés comme suit :

1. un axe stratégique centré sur les publics cibles : cet axe consiste notamment à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et à réduire la transmission du VIH et des autres IST;
2. un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques (les acteurs qui exercent une activité directement et spécifiquement liée au public cible considéré) : il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST dans leurs activités;
3. un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes ou tous publics (acteurs de différents secteurs de la vie sociale qui s'adressent à l'ensemble de la population) : il s'agit globalement de faire en sorte que ces différents milieux de vie intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST, mais aussi les spécificités des différents publics cibles.

La vision systémique, incluant un nombre important de publics cibles et d'acteurs spécifiques et généralistes en lien avec ces publics, doit être maintenue pour définir des réponses adéquates face à une problématique complexe. L'une des priorités pour les deux années à venir réside dans le renforcement de la participation des publics cibles dans le cadre de la mise à jour des diagnostics et de la définition des réponses en termes d'intervention.

• *En ce qui concerne les objectifs, stratégies et activités*

Plusieurs initiatives collectives en lien avec les Stratégies concertées se développeront dans l'avenir, toujours dans un souci d'amélioration de la qualité des interventions. On peut citer entre autres le renforcement de la cohérence de certains messages de prévention (risques de transmission liés aux pratiques bucco-génitales, accessibilité du traitement prophylactique après exposition non professionnelle [Nonopep]) et l'amélioration de la qualité concernant la communication relative aux données épidémiologiques dites « sensibles » car concernant des publics stigmatisés (homo-/bisexuels, usagers de drogues, migrants).

b) Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS)

Amener les jeunes à mieux se connaître, à entendre parler autrement de sexualité, à apprendre à dialoguer sur ce sujet, à acquérir une meilleure image de soi et une meilleure capacité à négocier ses attentes voire ses exigences dans le cadre d'une relation affective et/ou sexuelle, a démontré son efficacité aux côtés d'autres mesures telles que :

- l'accès aisés à des centres de planning familial;
- l'accès aisé et peu coûteux aux moyens d'information et de prévention (préservatifs, contraceptifs, contraception d'urgence, ...).

Objectifs

1. Les négociations interministérielles seront poursuivies, en vue d'une implantation dans toutes les écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, d'un programme de base en matière d'EVRAS.
 - La vie relationnelle et le respect dans les relations devraient faire l'objet d'une animation avec les enfants de quatrième primaire;
 - La puberté et toutes les modifications liées à cette étape de la vie devraient faire l'objet d'une seconde animation en sixième primaire ;
 - Les premières relations sexuelles, le dialogue nécessaire pour aborder cette étape de la vie ainsi que les diverses préventions (grossesse, IST-SIDA, vaccination HPV) seront abordés, lors d'une animation qui sera organisée en début de cycle secondaire ;

- Les éventuelles difficultés rencontrées par les uns et les autres dans leurs relations amoureuses et éventuellement sexuelles (difficultés de compréhension, violences, discrimination, sexisme, homophobie, difficultés de prévention, ...) seraient abordées, lors d'une quatrième animation, au cours du cycle secondaire, en fonction des besoins et/ou des attentes des jeunes.

Idéalement, ces animations devraient être réalisées par un ensemble complémentaire d'intervenants : enseignants, acteurs PMS/PSE, animateurs de centres de planning familial. Ces animations devraient également constituer une opportunité de présenter aux élèves le rôle des centres de planning familial en matière de vie affective et sexuelle, et l'aide éventuelle qu'ils peuvent leur apporter dans ce domaine. Il est démontré que la rencontre avec les acteurs de centres de planning familial facilite grandement l'accès des jeunes à ce type de services. Les directions d'écoles et les parents d'élèves seront systématiquement impliqués dans le processus.

2. Afin de favoriser l'appropriation de ce programme par tous ces acteurs, son implantation sera précédée par une enquête permettant de mieux cerner ce qui se fait déjà dans les écoles en matière d'EVRAS et qui le fait. Ceci devrait permettre d'éviter de mettre à mal des initiatives pertinentes déjà réalisées dans ce domaine dans les écoles.
3. L'expérience des cellules V.A.S., menée actuellement dans différentes écoles accueillant une population fragilisée sera évaluée et poursuivie en fonction des résultats de l'évaluation.
4. Le programme de prévention implanté en milieu festif sera également poursuivi. Il fera l'objet d'une concertation avec les autres promoteurs présents en milieu festif et sera évalué.
5. Un recensement des documents en matière d'EVRAS sera réalisé afin d'assurer la cohérence et la complémentarité de cette collection. Ce recensement devrait permettre de définir les besoins de diffusion annuelle et d'identifier les documents thématiques manquants.
6. A l'initiative des quatre fédérations de planning familial, un site internet « Love Attitude » a vu le jour. Il se veut informatif, dynamique, interactif et questionnant à destination des jeunes.

4. lutte contre la tuberculose

Selon l'OMS, la Belgique est un pays en voie d'élimination de la tuberculose. Afin d'arriver à cet objectif ultime (moins de 1 cas par million d'habitants), une stratégie adaptée a été mise en place : elle vise aussi bien la limitation de la transmission du bacille tuberculeux à partir des malades que la diminution du réservoir de futures tuberculoses que représentent les sujets infectés. Les modalités de cette stratégie ont été définies en 2002 pour les pays européens à basse incidence. Elles concernent aussi bien le secteur curatif que préventif.

Le plan quinquennal a précisé le domaine d'actions de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre du contrôle de la tuberculose de la manière suivante :

- la surveillance épidémiologique
- la socioprophylaxie
- la définition des groupes à risque et l'organisation du dépistage
- l'information et la sensibilisation des différents publics concernés

Ces missions sont remplies par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) qui est l'organisme de référence en matière de tuberculose pour la partie francophone du pays.

Un **audit opérationnel** a été programmé en 2008-2009, afin d'analyser les modalités de fonctionnement du programme de contrôle de la tuberculose en Fédération Wallonie-Bruxelles et la répartition des activités entre les différents partenaires.

5. prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

La plupart des objectifs développés dans le PCO 2005-2007 restent d'actualité, ils sont poursuivis et élargis à de nouveaux publics et lieux de vie.

Axes de travail à poursuivre

- Augmenter la connaissance de la problématique par le recueil et le traitement d'informations de qualité : intégration dans un système d'information sanitaire, standardisation de bases de données d'acteurs privés (actuellement deux compagnies d'assurances en ce qui concerne les traumatismes scolaires), motivation et capacitation d'acteurs de première ligne (médecins généralistes, PSE, services de soins à domicile,...), concertation avec des systèmes existants dans d'autres pays (INVS France et INSP Québec par exemple).
- Continuer et renforcer les concertations et les collaborations entre les niveaux et les secteurs concernés plus particulièrement la participation et l'articulation avec le plan national de prévention des accidents des enfants qui s'inscrit dans un programme européen et est coordonné par le Crioc. Ce plan a été soumis à l'approbation d'un large panel d'organismes et de personnes concernés par la thématique. Une large collaboration pour des actions communes y est prévue entre l'asbl Educa Santé et le VIG.
- Continuer à interpeller et soutenir les collectivités locales afin de transférer les réussites des « Communautés sûres », d'intégrer la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité dans les politiques locales selon une logique intersectorielle et participative et de rejoindre les populations les plus vulnérables : parents très jeunes ayant de jeunes enfants, familles monoparentales, personnes âgées isolées, zones d'habitat précaire.

Priorités de publics et de santé

1. En ce qui concerne les professionnels de santé :

- Continuer la démarche d'intégration des éléments de prévention des traumatismes à domicile des enfants et des personnes âgées chez les professionnels de la santé : pédiatres, médecins généralistes, soignants à domicile (formation, outils,...).

2. En ce qui concerne la prévention des traumatismes des enfants et des jeunes :

- Soutenir l'information des parents et adultes proches des jeunes enfants : campagne, médias,...
- Continuer la concertation avec l'ONE pour l'extension de la diffusion des trousseaux de sécurité auprès des familles ayant de jeunes enfants.
- Diffuser et implanter le référentiel de bonnes pratiques de prévention des conduites à risque chez les enfants et les adolescents en milieu scolaire (édition INPES janvier 2008) auprès des milieux concernés.
- Faire connaître les données recueillies sur les accidents scolaires et les stratégies de prévention auprès des acteurs du milieu scolaire et continuer le partenariat avec les compagnies d'assurance.
- Etendre les stratégies de prévention des accidents scolaires aux milieux extrascolaires.

3. En ce qui concerne la prévention des chutes chez les personnes âgées :

- Continuer la sensibilisation et la mobilisation des relais auprès des personnes de plus de 65 ans en vue d'augmenter la prise de conscience de la problématique des chutes et la connaissance des moyens et ressources pour la prévention.
- Continuer la formation des kinésithérapeutes afin d'étendre la couverture des ateliers équilibre sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Collaborer avec les services d'information et de loisirs auprès des personnes de plus de 65 ans pour les sensibiliser à la problématique des chutes, aux facteurs de risque et aux ressources pour la prévention.

La collaboration établie entre l'Asbl Educa Santé et l'unité Epitraumac de l'Ecole de santé publique de l'ULB a permis le développement de nombreuses activités qu'elles soient de recherche, de conseil, de formation, de planification, d'évaluation et de concertation.

6. stratégie en matière de santé environnementale

La problématique de l'environnement-santé ne connaît pas de frontières et dépasse les compétences de la Santé. C'est pourquoi la Fédération Wallonie-Bruxelles collabore étroitement avec les régions, le fédéral et les autres communautés du pays, mais également à un niveau européen et international.

Pour répondre à une demande de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Région Europe, la Belgique s'est engagée à rédiger un Plan National d'Action Environnement-Santé (National Environment Health Action Plan - NEHAP) (www.nehap.be). Ce plan est une démarche à l'intersection de l'environnement et de la santé en 7 recommandations et un plan d'action commun qui ont été décidés par l'ensemble des Ministres de l'environnement et de la santé suite aux engagements pris par la Belgique au niveau international et européen. Les projets de ce plan d'action commun répondent aux trois premières recommandations du NEHAP relatives à la coopération entre administrations de l'environnement et de la santé, aux données et à la recherche. La première phase du NEHAP (2004-2008) s'est déroulée avec un budget annuel à hauteur de 6% à charge de la Fédération Wallonie-Bruxelles et a permis de réaliser des projets relatifs notamment aux données et à la qualité de l'air intérieur et extérieur.

Les quatre autres recommandations relatives à la prévention, la communication, la formation et la sensibilisation sont quant à elles à réaliser par chacun des partenaires institutionnels dans le cadre de leurs compétences.

C'est dans ce cadre qu'est organisée la CIMES : Conférence Interministérielle des Ministres de l'Environnement, du climat et de la Santé. Lors de cette conférence des décisions sont prises concernant notamment le NEHAP ou le projet «Villes et pollutions », projet européen dénommé APHEIS. Mis en place en 1999, il a pour but de fournir des informations actualisées et faciles d'utilisation dans le domaine de la pollution de l'air et de ses effets sur la santé publique (notamment concernant les particules fines).

Dans le but de gérer plus efficacement les dossiers liés à l'environnement-santé, les Gouvernements de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Région wallonne ont décidé de travailler conjointement et de créer une « Task force », où se retrouvent administrations et cabinet respectifs. Son travail se concentrait au départ sur la gestion des sites pollués mais actuellement toute problématique environnement-santé est abordée dans ce cadre. Par exemple, dans le cadre des pics de pollution atmosphériques, la « Task force » a instauré un groupe de travail afin d'intégrer, dans une procédure standardisée, les mesures « santé » aux mesures environnementales et ce, en fonction des pics enregistrés.

Cette « Task force » s'appuie sur les structures scientifiques des différentes entités que sont la SPAQuE, l'ISSEp, IRCEL-CELINE, l'Institut Scientifique de Santé Publique. L'ISP, dans le cadre de la convention qui la lie à la Fédération Wallonie-Bruxelles, constitue le pôle scientifique d'expertise en santé environnementale de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Sur base des conclusions de ces différents pôles d'expertise, le cas échéant, des actions sont pesées et une information est communiquée aux riverains concernés. La Fondation privée « Registre du Cancer », financée pour partie par la Fédération Wallonie-Bruxelles constitue également une source d'information de première importance. Elle permet par exemple, grâce à l'enregistrement exhaustif de tous les cancers diagnostiqués, d'objectiver ou d'observer un nombre anormalement élevé de cancer dans une région.

7. dépistage néonatal de la surdité

Dans le cadre du plan quinquennal, le dépistage néonatal de la surdité s'est révélé une priorité en matière de petite enfance, étant donné l'impact de la surdité sur la vie des futurs adultes.

Ce programme est organisé par [l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage systématique de la surdité en Communauté française \(M.B. 05/11/2009\)](#)

a) schéma de l'organisation du dépistage

Les tests de dépistage automatisés peuvent être réalisés selon deux techniques différentes (objectives et fiables) : les potentiels évoqués ou les otoémissions acoustiques. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la technique des otoémissions acoustiques a été retenue.

Les otoémissions acoustiques (OEA) sont des sons de faible intensité produits par les cellules ciliées externes de la cochlée (oreille interne). Des OEA peuvent être provoquées dans la cochlée en réponse à une stimulation auditive brève (appelée clic) : ce son est transmis de façon rétrograde à travers la chaîne tympano-ossiculaire et il est capté par un microphone intégré dans une sonde placée dans le conduit auditif externe.

Les appareils automatisés utilisés dans le cadre du dépistage affichent le résultat sous forme binaire, à savoir présence ou absence des otoémissions. La présence d'otoémissions (« Pass ») permet d'attester d'une audition normale sur les fréquences comprises entre 2 et 4 kHz (seuil de 30 dB) sur l'oreille testée et suppose l'intégrité de l'oreille interne, moyenne et externe. En revanche, l'absence d'otoémissions (« Refer ») ne permet pas de conclure à une surdité (faux positifs). En effet, des facteurs obstructifs tels que débris de cérumen ou vernix, la persistance de liquide, une otite séreuse, un enfant trop bruyant ou agité peuvent gêner l'acquisition d'otoémissions, en l'absence de toute surdité neurosensorielle. L'automatisation de la mesure et de l'interprétation de ce test permet à un personnel moins qualifié de réaliser cet examen.

Un protocole d'organisation du programme a été élaboré par un groupe de spécialistes ([Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 fixant le protocole du programme de dépistage systématique de la surdité en Communauté française \(M.B. 19/10/2009\)](#)). Celui-ci présente le programme sous forme d'étapes, ainsi que la nécessité de définir les personnes ressources au sein de la maternité.

Néanmoins, la structure hospitalière reste libre d'instaurer sa propre organisation.

Un système de récolte de données est également mis sur pied, afin de suivre au plus près l'évolution du programme et de le comparer aux standards internationaux.

b) création d'un centre de référence

Par ailleurs, un centre de référence a été créé afin d'accompagner tant les maternités que les centres désignés pour la récolte de données. Il a pour mission générale l'assistance opérationnelle et scientifique du dépistage systématique de la surdité néonatale organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles tel que prévu dans le protocole.

Le Centre a notamment pour missions d'informer les maternités de la Fédération Wallonie-Bruxelles du programme de dépistage de la surdité néonatale. Il définit avec les maternités les modalités de collaboration conformément au « Protocole d'organisation du dépistage systématique de la surdité néonatale en Fédération Wallonie-Bruxelles ». De par sa fonction de référent, il identifie les obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre effective d'un programme systématique et y apporte des réponses, en collaboration étroite avec le référent dépistage désigné dans chaque maternité et les autorités de gestion de la maternité. Il veille à l'application des procédures de rappel par les maternités auprès des enfants non dépistés.

En collaboration avec les centres de récolte des données, il élabore le recueil de données relatif au programme de dépistage en Fédération Wallonie-Bruxelles et notamment, le taux de couverture. Il en informe les maternités ainsi que les autorités en charge du programme.

8. dépistage des maladies congénitales

Le programme de dépistage néonatal a pour but de détecter, par voie biochimique, des anomalies congénitales. Ces anomalies, si elles ne sont pas prises en charge précocement, entraînent un décès, une arriération mentale ou d'autres troubles permanents et profonds.

La liste des anomalies congénitales actuellement prescrites pour le dépistage inclut: la phénylcétonurie, l'histidinémie, la tyrosinémie, la leucinose, la méthioninémie, la galactosémie et l'hypothyroïdie. Il appartient au comité de pilotage de proposer des modifications de cette liste en fonction de l'évolution des connaissances et sur base d'une analyse coût-efficacité.

Organiser l'ensemble des activités du dépistage néonatal permettant de dépister tous les enfants nés en Fédération Wallonie-Bruxelles, soit dans les services de maternité dont la liste est fixée par l'Administration, soit à domicile en étant suivi par des sages-femmes indépendantes.

1. Organiser la collecte et l'acheminement des échantillons vers les centres de dépistage agréés.
2. Assurer la saisie des données concernant les nouveau-nés.
3. Réaliser les tests biochimiques et en analyser les résultats.
4. Assurer la transmission des résultats.
5. S'informer des résultats des diagnostics.
6. Assurer la cohérence et la pertinence du programme de dépistage néonatal.
7. Améliorer la concertation entre les différents acteurs du programme: Fédération Wallonie-Bruxelles, services de maternité, pédiatres et centres de dépistage agréés.
8. Garantir l'assurance de la qualité du programme.
9. Organiser le traitement des informations et des résultats ainsi qu'une analyse des données.

La Fédération Wallonie-Bruxelles compte maximum 3 centres de dépistage agréés pour une durée de cinq ans renouvelable.

Le centre agréé procède à l'enregistrement des nouveau-nés, à la réalisation des tests de dépistage, à leur interprétation, et à la transmission des résultats.

9. prévention des assuétudes

a) cadre général : la prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé

La prévention des assuétudes et la réduction des risques en matière d'usage de psychotropes en Fédération Wallonie-Bruxelles 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, GMS, 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) (cf. 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 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 de démarches et d'outils de promotion de la santé y compris en matière de réduction des risques (cf. ci-après).

- Mise à disposition d'information et de documentation au sein de services spécialisés et dans les CLPS.

- Concertation et plates-formes aux niveaux local, régional, communautaire et international.

- Réduction des risques (RDR) : distribution et échange de seringues, diffusion accompagnée de brochures et conseils de RDR, testing des pilules, formation es-pairs, etc. (cf. 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 (accompagnement 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 de 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
- interventions dans les lieux festifs tant auprès des participants que des tenanciers de lieux de divertissements

– testing en milieu 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 Fédération Wallonie-Bruxelles vis-à-vis de l’Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Au-delà des missions OEDT, l’asbl Eurotox récolte d’autres données qu’elle met en lien à destination des pouvoirs publics et des acteurs en Fédération Wallonie-Bruxelles (morbidity, 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 Fédération Wallonie-Bruxelles participe à l’élaboration du Plan national Alcool dans le cadre de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues qui réunit les différentes entités de l’Etat.

2 – Promotion de la Santé à l’école

La Fédération Wallonie-Bruxelles a adopté deux décrets réorganisant la médecine scolaire (le [décret du 20-12-2001](#) relatif à la promotion de la santé à l’école et le [décret du 16-05-2002](#) relatif à la promotion de la santé dans l’enseignement supérieur hors universités).

Les missions des nouveaux décrets sont assurées par « les [services de Promotion de la Santé à l’Ecole](#) » (« services P.S.E ») pour l’enseignement subventionné et par les [Centres psycho-médico-sociaux](#) pour les établissements relevant de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

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

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

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

Il a été constitué une commission de la promotion de la santé à l’école ([Arrêté du 8 février 2002](#))

Missions:

1. donner au Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles un avis sur tout projet de décret ou d’arrêté organique ou réglementaire relatif à la promotion de la santé à l’école
2. donner au gouvernement, soit d’initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé à l’école
3. chaque année avant le 31 mars, de faire rapport au Gouvernement et au Parlement sur son action au cours de l’année écoulée

3 – Surveillance des maladies transmissibles

La surveillance en matière de santé publique consiste en l'organisation de la collecte systématique, l'analyse, l'interprétation et la diffusion de données sanitaires pour leur usage quant à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de programmes de santé.

La surveillance des maladies transmissibles est une des responsabilités de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La surveillance a les objectifs suivants :

- le recueil exhaustif des cas pour établir l'incidence;
- le lancement, s'il y a lieu, d'une alerte si un cas préoccupant mérite une réaction rapide et la prise de mesures prophylactiques pour prévenir une propagation épidémique;
- le déclenchement, s'il y a lieu, de mesures d'épidémiologie d'intervention, (investigations pour déterminer l'origine de la contamination et organisation de la prévention requise autour des cas).

La surveillance peut concerner les différents groupes de maladies transmissibles suivants :

- les maladies qui, de par leur gravité, justifient des mesures exceptionnelles à l'échelon international telles que la peste, le choléra et la fièvre jaune, . et qui doivent faire l'objet d'une déclaration à l'Organisation Mondiale de la Santé. On y associe les arbo-, toga-, aréna-, et rhabdo-viroses responsables de fièvres hémorragiques (type dengue, Lassa, Marburg, etc.);
- les maladies qui nécessitent une intervention urgente à l'échelon local, régional, national ou international : leur signalement doit déclencher des enquêtes, des mesures préventives (méningite à méningocoque, poliomyélite, diphtérie, tuberculose, .) et des mesures correctives pour agir sur la source de contamination (toxi-infection alimentaire collective, légionellose.);
- les maladies qui font l'objet d'un programme d'éradication (polio, rougeole, ...), qui bénéficient d'une prévention vaccinale (coqueluche, oreillons, ...), pour lesquelles on souhaite évaluer des programmes de prévention et de lutte spécifiques (ex. : sida ou de la tuberculose, .), ou pour lesquelles il est particulièrement nécessaire de suivre la létalité, la morbidité et le risque de séquelles (ex. : légionellose, lyme, .);
- les maladies pour lesquelles il existe un spécial besoin de connaissances nouvelles comme les maladies émergentes ou mal connues (maladie de Creutzfeldt-Jakob, S.R.A.S., ...);
- les cas correspondants à des problèmes sanitaires particuliers, comme le fait de résulter d'un phénomène de résistance antimicrobienne ou d'infections nosocomiales ou encore de résulter d'une malveillance organisée (cas de bioterrorisme par exemple).

Les décrets sur les organisations de jeunesse et sur l'éducation permanente prévoient le soutien à des associations qui développent des actions de prévention et des services en matière de santé, particulièrement à l'égard des jeunes ou des adultes en situation sociale précaire.

Dans le secteur de l'éducation permanente :

Une vingtaine d'associations d'éducation permanente sont spécialisées dans ce domaine et développent des actions précises :

- Domaine des handicaps : actions et campagnes d'information et sensibilisation, accompagnement, groupes de discussion, ateliers créatifs, lobbying et représentation
- Education à la santé : conférences, groupes de parole, ateliers
- Coordination – représentation (rôle fédératif).

Dans le secteur de la jeunesse :

Une douzaine d'Organisations de jeunesse développent des actions sur les aspects suivants :

- La santé en général et l'hygiène : outils de sensibilisation, outils pédagogiques, fiches informatives, sites internet, ateliers récréatifs et informatifs
- L'alimentation et le surpoids : outils pédagogiques, formations, animations (notamment dans les écoles), jeux
- La surdité : sensibilisation, outils pédagogiques

En Région Bruxelloise.

La Commission Communautaire Française finance des institutions de soins ambulatoires pour permettre à toute personne dont la santé est altérée ou perturbée, ou qui risque de voir son équilibre compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Dans cette optique sont soutenus entre autres les projets qui luttent contre l'exclusion sociale et favorisent l'accès aux soins des plus démunis.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que des informations sur le taux de mortalité figurent dans le prochain rapport.

Données pour la Belgique.

Les données suivantes sont disponibles sur le site du Service public Economie, rubrique « Statistics » :

http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/deces_mort_esp_vie/causes/

-Tables de mortalité et espérance de vie 1997-2010

-Tables de mortalité Belgique 1997-2010, trisannuelles 2007-2009

-Causes de décès 1998, 1999, 2004, 2005, 2006 et 2008

En Communauté flamande

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

Table 2 : Evolution de la mortalité infantile et périnatale en Flandre 1999-2008.

	Aantal dood- en levend-geboortes (KG: levend)	DG	PE	VN	LN	PN	IS	FI
1999	62.060	4,3	6,7	2,4	0,6	1,8	4,8	9,1
2000	62.577	3,9	6,1	2,1	0,7	1,9	4,7	8,7
2001	61.118	4,0	6,2	2,3	0,6	1,7	4,5	8,5
2002	60.457	4,2	6,0	1,8	0,7	1,8	4,3	8,4
2003	60.716	4,5	6,5	2,0	0,8	1,5	4,3	8,8
2004	63.024	3,6	5,7	2,1	0,5	1,3	3,9	7,5
2005	64.440	3,2	5,2	2,1	0,6	1,2	3,9	7,1

	Aantal dood- en levend-geboortes (KG: levend)	DG	PE	VN	LN	PN	IS	FI
2006	66.124	4,0	5,9	2,0	0,7	1,5	4,2	8,1
2007	67.244	4,3	6,5	2,3	0,5	1,5	4,3	8,6
2008	69.588	4,1	6,3	2,2	0,6	1,2	3,9	8,0

Source: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftcijfers/Foeto-infantiele-sterftcijfers/Evolutie-van-de-foeto-infantiele-sterftcijfers-door-de-jaren-heen/#h-125>

Définitions :

- Nombre de naissances global = nombre total de naissances d'un enfant, mort ou vivant, de $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines de durée d'aménorroe.
- Mortinatalité = mortalité foetale = naissances d'un enfant mort de $\geq 500g$ ou ≥ 22 semaines de durée d'aménorroe
- 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 premier année
- Mortalité foeto-infantile = Mortalité infantile + mortinatalité

Source: *Agentschap Zorg en Gezondheid, service information et soutien*

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

Cause du décès	ICD-10 code	Garçons		Filles		Total	
		2007	2008	2007	2008	2007	2008
SIDS (mort subite)	R95.0	16	12	6	6	22	18

SIDS 2009: 20

PS Le dernier chiffre officiel connu de la mort subite date de 2008

L'espérance de vie :

Un garçon né en 2009 a une espérance de vie en Flandre de 78,3 ans.

Les filles ont une espérance de vie à la naissance de 83,2 ans.

En Région bruxelloise.

Des données sur la mortalité en Région Bruxelloise figurent sur le site de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-capitale :

<http://www.observatbru.be>

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande à nouveau des informations sur l'accès aux soins, entre autres des personnes défavorisées.

En Communauté flamande

Mesures spéciales prises pour protéger la santé des :

a. Femmes enceintes, mères et tout-petits :

Kind en Gezin

Le suivi de femmes enceintes se fait par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme. Il existe à cet égard des recommandations pratiques pour les généralistes (en collaboration avec les gynécologues). Pour faciliter la collaboration entre les différents prestataires de soins, Kind & Gezin a rédigé un 'Manuel de la grossesse' pour les prestataires de soins (généralistes, gynécologues, sages-femmes, maternités, médecine familiale,...). Les prestataires peuvent y noter des données médico-techniques. Ainsi, le Manuel de la grossesse devient un lien entre les différents prestataires de soins. Pour les parents, il contient des informations sur la grossesse, l'accouchement et les dispositions socio-juridiques ainsi que quelques formulaires utiles (p. ex. Pour la demande d'un congé de maternité, une kinésithérapie ou un relèvement de classe en train).

Pour les femmes enceintes, il existe des mesures de protection (interdiction de travailler à certains postes ...): cfr médecine du travail (fédéral).

Kind&Gezin est une institution publique flamande. La mission principale de l'agence consiste à gérer l'accueil des enfants (accueil préscolaire et extra-scolaire des enfants sous toutes ses formes) et l'organisation de l'assistance familiale préventive. Par assistance familiale préventive, nous entendons tous les services aux jeunes enfants et aux ménages dans lesquels ils grandissent, ou à de futurs ménages, sur le plan des soins de santé préventifs et sur le plan socio-pédagogique. L'assistance familiale préventive est attentive à l'environnement de vie de l'enfant et s'adresse d'abord à des ménages avec enfant de moins de trois ans. Dans le cadre de cette mission, l'attention se porte aussi bien sur les soins préventifs prénataux que postnataux. (<http://www.kindengezin.be>)

Le décret du 30 avril 2004 a transformé l'institution en une "Agence autonome interne" dotée d'une personnalité juridique des pouvoirs publics flamands.

La mission de l'agence en matière d'aide familiale préventive comprend:

1. l'information et les conseils pour les ménages et les futurs parents en matière de santé, de développement, d'éducation, d'alimentation et sécurité des enfants;
2. le suivi, la détection et la signalisation des risques en matière de santé, de développement et d'éducation des enfants, dont notamment la détection de maltraitance d'enfants et le screening de l'ouïe et de la vue;
3. les soins de santé préventifs pour le jeune enfant, en particulier la promotion, l'administration et le suivi des vaccinations;
4. l'aide aux ménages et aux futurs parents ayant des besoins spécifiques en matière de santé, de développement et d'éducation, notamment les pleurs, le sommeil, l'alimentation, et l'interaction parents-enfants.

Avec l'aide préventive aux ménages, l'agence vise à toucher un maximum d'enfants et de ménages, mais s'adresse aussi de manière intensive aux ménages ayant des besoins spécifiques. On entend notamment par ménages ayant des besoins spécifiques: les ménages défavorisés, les ménages réfugiés, les ménages avec enfants handicapés, les ménages monoparentaux et les ménages ayant eu des naissances multiples.

Kind en Gezin propose à des parents particuliers et des parents de jeunes enfants (0 à 3 ans) vivant en Communauté flamande une offre de soins préventifs par rapport aux principaux thèmes suivants: grossesse, alimentation, soins, santé, environnement sûr, développement et éducation.

Par cette offre de soins, l'agence souhaite réaliser les objectifs suivants:

- les parents peuvent disposer d'information enrichissante et adaptée et d'un soutien sur le plan de la santé, du développement et de l'éducation du jeune enfant.
- Les risques détectables pour la santé des enfants qui recourent aux services de Kind en Gezin sont dépistés très tôt, suivi et/ou référé vers des prestataires professionnels.
- Les situations d'éducation problématiques détectables dans des ménages qui recourent aux services de Kind en Gezin et où l'intégrité physique et/ou psychique du jeune enfant risque d'être mise à mal ou l'est déjà peuvent ainsi être dépistées, suivies et renvoyées à des professionnels de manière précoce.
- Autant d'enfants que possible sont vaccinés contre les maladies infectieuses.

La grossesse et l'accouchement: soins prénataux et périnataux:

En *prénatal*, les soirées d'information pour les futurs parents sont organisées et sont notamment consacrées à la grossesse et à l'accouchement, à un mode de vie sain et à l'allaitement. 6 six centres prénataux sont aussi subsidiés qui procurent une orientation en cas de grossesse spécifiquement dans des régions à forte concentration de ménages défavorisés (1 à Brussel, 3 à Anvers, 1 à Malines, 1 à Gand) et qui essaient autant que possible d'amener les gens vers des soins ordinaires (éviter les deux vitesses). Dans d'autres régions aussi où l'on trouve beaucoup de ménages défavorisés, les maternités coopèrent entre elles comme à Louvain, Genk, Ostende, Menin, Renaix, l'UZ de Bruxelles et l'UZ de Gand. Dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile les membres de l'équipe régionale proposent une aide psychosociale. Ces membres de l'équipe régionale peuvent toujours faire une visite à domicile en soins prénataux à la demande des parents et/ou des intervenants. Enfin, une collaboration a été mise sur pied avec d'autres projets pour personnes enceintes fragilisées comme avec la Haute Ecole Artesis et la Haute Ecole Karel de Grote (Anvers), la haute école Artevelde (Gand), la haute école catholique Onderwijspoli (Flandre occidentale), ...

En *Postnatal*, des membres du personnel infirmier de Kind en Gezin visitent les femmes qui viennent d'accoucher à la maternité. Tous les nouveaux-nés sont aussi vus par un infirmier régional au cours des 2 premiers mois qui suivent la naissance. Les services de Kind en Gezin y sont expliqués, les questions et les besoins du ménage sont identifiés, des accords sont conclus en matière de services souhaités, d'information et d'assistance en matière de soins, de développement et d'interaction avec le nourrisson. Il est important de bien situer "l'offre et la demande" lors des premiers contacts avec le ménage et au cours de l'ensemble de la prestation de service. L'offre peut ainsi être adaptée au ménage en dialogue avec ce dernier. L'un des points auxquels on est attentif à cet égard est la prévention de la mort subite. On utilise à cet effet les conseils "bien dormir" qui sont contenus dans l'information de base que reçoivent les jeunes parents de la part de l'infirmier régional de Kind en Gezin (voir ci-après). Il s'agit de conseils concrets par rapport à la position durant le sommeil (sur le dos), à propos du lit de l'enfant et du matériau de celui-ci, du fait qu'il ne peut pas faire trop chaud, qu'il vaut mieux ne pas fumer en présence de l'enfant et de la proximité et la surveillance à prévoir, du repos et de la régularité de celui-ci, du fait qu'il vaut mieux s'abstenir d'utiliser des somnifères... On arrive ainsi à toucher pratiquement tous les (parents de) nouveau-nés. Les parents peuvent notamment voir quel mobilier ou quels lits sont conseillés sur le site Internet de Kind en Gezin et utiliser une checklist pour effectuer un test lors de leur achat de mobilier.

Pour compléter les visites à domicile, les parents peuvent venir à 10 consultations au centre (dont 7 pendant la première année de l'enfant, 2 au cours de la deuxième année et 1 au cours de la troisième année). Ces consultations consistent d'abord en un examen médical par le médecin de la consultation. Cet examen consiste en une anamnèse, un examen clinique, le suivi des données biométriques, le suivi de la neuromotricité et du développement relationnel au moyen du schéma Van Wiechen et – si nécessaire – l'administration de vaccins. Ensuite, les parents peuvent se rendre à une consultation en infirmerie. Pendant celle-ci, l'infirmier régional va essayer de répondre à toutes les questions et tous les besoins des parents par rapport aux soins, à l'alimentation, à la santé, à la sécurité ou au développement de leur enfant. En outre, une information anticipative adaptée aux parents leur est remise en vue de prévenir les problèmes de santé et d'éducation. Outre les professionnels, chaque séance est aussi suivie par quelques volontaires, désignés par le pouvoir organisateur. Ces volontaires s'occupent de peser et de mesurer les nourrissons.

Chaque séance est précédée et suivie par une concertation en équipe, qui permet de discuter des demandes de soins individuelles des ménages et de l'action du centre de consultation.

Outre ces soins de base, les parents qui ont des demandes supplémentaires ou des indicateurs de risque en matière de santé, de développement et d'éducation peuvent demander des consultations supplémentaires et des visites à domicile. Il peut s'agir par exemple d'un ménage défavorisé avec de jeunes enfants, d'un ménage avec un enfant handicapé, d'un ménage avec un enfant prématuré, d'un ménage avec un enfant qui ne dort pas, ...

Les parents qui ont des questions ou une tension en matière d'éducation (c'est-à-dire des questions qui concernent les phases de développement normales d'un enfant et les interactions normales, quotidiennes entre parent et enfant) peuvent venir à la consultation de l'aide familiale. Cette consultation est une forme aisément accessible d'aide individuelle de courte durée. Un ou plusieurs entretiens peuvent avoir lieu sur rendez-vous pour clarifier le problème des parents, se faire une idée des facteurs qui influencent le problème et le provoquent peut-être et définir une certaine approche.

Les boutiques éducatives sont aussi là pour *toutes les (futurs) responsabilités en matière d'éducation avec des enfants/jeunes jusqu'à environ 18 ans* (donc pas seulement de jeunes enfants).

Il y a 14 boutiques éducatives agréées et subsidiées par Kind & Gezin dans les centres villes (13 dans les centres villes de villes flamandes et 1 dans la région de Bruxelles-Capitale). En outre, il existe aussi 10 boutiques éducatives agréées par Kind & Gezin hors des centres villes. Les boutiques éducatives sont organisées à partir d'un accord de coopération local et proposent une aide à faible seuil pour les (futurs) responsabilités éducatives avec des enfants de 0 à 18/21 ans inclus. Les boutiques éducatives sont inscrites dans un décret (décret du 13 juillet 2007 portant organisation de l'aide à l'éducation). Leurs principales fonctions consistent à mettre à disposition une information de base sur l'éducation, la réponse à des questions générales en matière d'éducation, les conseils pédagogiques en cas de questions particulières en matière d'éducation et la stimulation de rencontres entre responsables de l'éducation. Les boutiques éducatives mettent l'offre en matière d'aide à l'éducation à la portée des responsables en matière d'éducation, offrent une aide aux ménages et en groupe en cas de problèmes éducatifs, assurent une détection précoce d'un manque d'assurance ou de problèmes en matière d'éducation et peuvent, le cas échéant, adresser les personnes concernées à d'autres professionnels et garantissent également une collecte de données coordonnée, systématique et quantitative.

Soins de maternité : Kind en Gezin a reconnu 6 centres d'expertise en matière de maternité: un par province et un dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces centres ont pour objectif de développer et de diffuser les connaissances et l'expérience en matière de soins de maternité. Par "soins de maternité", on entend l'ensemble des soins qui s'adressent à la femme enceinte, qui vient d'accoucher, son enfant et leur ménage pendant la grossesse, l'accouchement et la période d'alitement. Les centres d'expertise en soins de maternité ont aussi pour mission d'assurer un appui des aides maternelles à domicile dans le cadre de services d'aide familiale. Tout qui est confronté en Flandre à une grossesse et à un accouchement en général et à une aide maternelle à domicile en particulier peut s'adresser aux centres d'expertise en soins de maternité. Il peut s'agir aussi bien de professionnels (intra ou extra-muros) que de non-professionnels public en général, futurs parents, parents qui viennent d'avoir un bébé et leur entourage). Les centres ont conclu un contrat de gestion avec Kind en Gezin (qui court jusqu'en 2013 inclus). Les centres d'expertise en soins de maternité établissent chaque année un plan d'action et le soumettent pour approbation à Kind en Gezin.

Enfants et adolescents :

Les soins de santé pour la jeunesse sont subdivisés en Belgique en soins préventifs et soins curatifs.

Les soins de santé curatifs sont exercés par les médecins généralistes et pédiatres dans des pratiques individuelles ou en groupe et le cas échéant dans des services de pédiatrie en milieu hospitalier.

En Flandre, les soins de santé programmés pour la jeunesse sont mis en œuvre par deux organisations, subsidiées par les pouvoirs publics, à savoir Kind & Gezin et les Centres d'orientation des étudiants.

Les soins de santé pour la jeunesse comportent de nombreux aspects. La Flandre déploie en effet une vaste politique par rapport aux jeunes et en matière de soins intégraux pour les jeunes (<http://www.jeugdhulp.Flandre.be/>). Voici quelques aspects spécifiques de la santé des enfants qui sont traités plus en détail par ailleurs dans le présent rapport:

- Le suivi des enfants en âge scolaire par les CLB : voir ci-après sous PAR. 2, Question A, point a. Entre le département de l'Enseignement et le département du Bien-être, de la Santé et de la Culture, un accord de coopération a été conclu en 2004 en ce qui concerne l'échange de données, la communication et la politique en matière de soins de santé préventifs pour la jeunesse au sein des CLB.
- Le 1^{er} janvier 2012, les autorités flamandes ont conclu un contrat de gestion pour 5 ans avec le VVVJ. Le VVVJ est aussi agréé en tant que "Organisation partenaire pour les soins de santé préventifs pour la jeunesse s'adressant aux enfants en âge scolaire et aux jeunes". L'organisation fournit une information et une documentation scientifiquement fondée aux autorités flamandes sur la politique en matière de soins de santé préventifs pour la jeunesse vis-à-vis des enfants en âge scolaire et des jeunes et des thèmes apparentés.
- Promotion de la santé: de nombreuses actions et campagnes s'adressent spécifiquement aux jeunes; voir PAR. 2, Question B.

Personnes âgées :

Une circulaire ministérielle du 18 mars 2003 a inclus la « prévention des chutes pour les seniors à domicile » comme indicateur obligatoire pour les Logos. Cela implique que la prévention des chutes pour les seniors vivants à leur domicile constitue une priorité dans le cadre de la politique en matière de prévention des accidents.

Les autorités flamandes ont conclu un contrat de gestion avec le Centre d'expertise en matière de prévention des chutes et des fractures pour la Flandre (EVV) afin d'appuyer ainsi la politique en matière de prévention des chutes. L'Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (VIGEZ), les Logos et les SELs peuvent utilement conseiller les organisations intermédiaires en vue de mettre en œuvre les mesures en matière de prévention des chutes qui valent pour toutes les personnes âgées vivant dans leur région.

Initiatives concrètes:

- Pour éviter les chutes des personnes âgées, les autorités flamandes ont lancé une campagne de sensibilisation en collaboration avec le Centre d'expertise en matière de prévention des chutes. Sous le sigle "La voiturette de votre petit-fils peut être plus dangereuse que le trafic", cette campagne vise à conscientiser les flamands par rapport aux pièges des chutes et donner des conseils en vue de les éviter. www.valpreventie.be

Voici quelques projets du Centre d'expertise en matière de prévention des chutes et des fractures pour la Flandre:

- Former des personnes de référence en prévention des chutes. Ces personnes de référence dispensent des formations sur la nouvelle directive pratique en matière de prévention des chutes pour les personnes âgées vivant à la maison à la demande des diverses organisations (Logos, SELs, associations professionnelles, organisations sanitaires, LOKs ...). La personne de référence est consultante dans sa propre région dans le domaine de la problématique des chutes.
- Adapter la directive pratique en prévention des chutes pour les travailleurs de la santé qui interviennent à domicile chez des personnes âgées.
- Formuler une directive pratique en matière de prévention des chutes dans les soins résidentiels.

Projets d'autres organisations avec la collaboration du Centre d'expertise en matière de prévention des chutes pour la Flandre:

La Croix Rouge organise des formations sur la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à leur domicile et présentant un risque accru pour: le personnel soignant et infirmier, les aide-ménagères, les assistants sociaux.

Personnes ou groupes défavorisés :

voir également ci-avant en ce qui concerne l'accessibilité des soins de santé.

Plus spécifiquement par rapport aux soins de santé préventifs, le Gouvernement flamand s'engage dans le décret prévention à accorder une attention particulière aux groupes vulnérables, notamment les plus défavorisés.

- 1) Screening du cancer du sein organisé: examen gratuit de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans et vaccinations gratuites font partie de la politique actuelle en matière de santé de la Communauté flamande qui s'adresse d'abord à l'ensemble de la population. Toutefois, en proposant ces mesures sanitaires préventives gratuitement, on enregistre un gain plus important sur le plan sanitaire chez les groupes vulnérables comme les personnes vivant dans la pauvreté.
- 2) Vaccinations gratuites: les enfants et les jeunes peuvent se faire vacciner gratuitement par les services de prévention organisés (Kind en Gezin, les centres d'orientation des étudiants). Font partie du programme de vaccination de base les vaccins contre la polio, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, haemophilus influenza type B, les la rougeole, les oreillons, la rubéole et les méningocoques du groupe sérique C.
- 3) Santé sexuelle: la Communauté flamande subsidie via des conventions courant sur plusieurs années et des arrêtés du Gouvernement flamand, des organisations qui contribuent à la santé sexuelle dans la population dans son ensemble et dans des groupes-cibles spécifiques comme les jeunes et leurs parents, les allochtones et les populations itinérantes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe (hommes en femmes), les personnes atteintes du VIH et du SIDA, les migrants africains subsahariens, les voyageurs et les toxicomanes par intraveineuse. Les groupes-cibles présentant un lien entre la santé sexuelle et la pauvreté sont les jeunes (grossesses d'adolescentes), les migrants africains subsahariens, les prostitué(e)s, les allochtones et les populations itinérantes d'origines diverses. Ce lien n'est cependant pas suffisamment documenté, sauf pour les grossesses d'adolescentes, et ne constitue pas le motif premier des actions menées.
- 4) Dans son action vis-à-vis des jeunes enfants, Kind & Gezin est particulièrement attentif aux plus démunis.
 - Vis-à-vis des femmes enceintes, il existe un service spécialement organisé pour les futurs parents vulnérables qui souvent ne recourent pas ou trop tard à un suivi médical prénatal. Le seuil pour s'adresser aux soins de santé ordinaires est souvent trop élevé pour eux. Pour le moment, il existe 8 centres de consultation prénatale dans ce cadre, principalement dans les grandes villes. Dans ces centres de consultation prénatale, les femmes enceintes sont suivies gratuitement jusqu'à l'accouchement et cela par le biais de consultations médicales et psychosociales. Le groupe-cible des femmes enceintes vulnérables n'est pas présent partout dans la même mesure. Pour permettre une segmentarisation, on a utilisé le concept du Fonds des villes (fin 2003). De ce fait, l'organisation concrète des services s'articule en 3 niveaux:
 - o grandes villes: Bruxelles, Anvers, Gand;
 - o centres villes: Alost, Bruges, Hasselt, Genk, Courtrai, Louvain, Malines, Ostende, Roulers, Saint-Nicolas et Turnhout;
 - o autres régions.
 - Les équipes INLOOP: Dans les communes et quartiers où habitent beaucoup de ménages défavorisés, Kind en Gezin reconnaît et subsidie les « inloopteams ». Il y a actuellement 15 de ces équipes. Ces équipes mettent une offre supplémentaire à la disposition des ménages les plus démunis (autochtones et allochtones), complémentaire par rapport au service des centres de consultation et de l'action plus large dans la région. Les principales missions d'une équipe INLOOP consistent en l'organisation d'une aide et d'un accueil à l'éducation en groupe. En outre, elles assurent aussi une série d'activité d'appui, comme la médiation, l'aide individuelle, le renvoi accompagné vers d'autres prestataires et des soins adaptés. Cette offre est réalisée en étroite collaboration avec un réseau de partenaires locaux. Les parents ayant de jeunes enfants du même âge et originaires d'un même groupe s'y réunissent pour approfondir ensemble certains thèmes pédagogiques, en matière de soins ou autres. Pendant ce travail en groupe, un accueil occasionnel des enfants peut être prévu, de sorte qu'un

problème éventuel d'accueil ne constitue plus un obstacle à une éventuelle participation. Les équipes INLOOP sont accessibles à tous les ménages de la région où elle se situe. Un coordinateur accompagne l'équipe et est responsable de l'organisation de son action et de son intégration dans le quartier et la région.

- Les aidants familiaux de Kind en Gezin sont généralement des experts expérimentés en milieux défavorisés et en même temps des collaborateurs interculturels. Ces experts ont souvent eux-mêmes vécu dans un milieu défavorisé et connaissent de ce fait à fond le monde et les stratégies de survie de ces ménages. L'engagement de ces aidants et collaborateurs interculturels permet de combler le fossé qui existe parfois entre les ménages les plus démunis et/ou allochtones et l'aidant. Ces aidants familiaux sont là pour bien se rendre compte du monde dans lequel vivent les ménages défavorisés et/ou allochtones et remplissent une fonction de passerelle, de modèle et de signal tout en aidant les ménages.
- Le service fourni en matière d'aide familiale préventive comporte aussi une offre qui s'adresse aux enfants dans des situations de vie spécifiques.
 - o Les Centres d'aide à la famille et à l'enfance:

En Flandre, 23 Centres d'aide à la famille et à l'enfance (CKG's) sont agréés et subsidiés par Kind en Gezin. Les CKG offrent aux ménages ayant de jeunes enfants (de 0 à 12 ans) une aide temporaire afin de surmonter une période difficile, comme par exemple quand les parents sont empêchés d'éduquer leurs enfants à la suite d'un événement grave et/ou parce qu'ils ont trop à supporter. Outre la mise à disposition d'un accueil de jour et de nuit, ces centres peuvent aussi assurer une guidance des ménages chez eux à domicile.

La réglementation de ces CKG, c'est-à-dire l'Arrêté du 28 février 2003 du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du 1^{er} mars 2002 relatif à l'agrément et à la subsidiations des centres d'aide à la famille et à l'enfance, souligne la mission de prévention de ce secteur. L'accent doit être mis sur les ménages que des facteurs principalement sociaux empêchent d'assumer l'éducation des enfants et sont susceptibles d'aboutir éventuellement à de légers problèmes comportementaux et/ou émotionnels chez l'enfant. Il est important de se rendre compte que la situation est telle qu'elle pourra encore s'inverser grâce à une intervention précoce et que les ménages eux-mêmes fassent la démarche de recourir à cette aide, éventuellement avec l'aide d'un autre aidant. Les situations de crise aiguës, dans lesquelles une solution doit être trouvée immédiatement, font également partie des indications. Les CKG's disposent d'une équipe multidisciplinaire d'éducatrices, aides familiales pour enfants, pédagogues, travailleurs sociaux, etc. L'accompagnement peut se faire de diverses manières et cela en concertation avec le ménage. Si possible, on donnera la préférence à un accueil semi-résidentiel (accueil de jour) ou à un accompagnement ambulatoire (accompagnement à domicile) à un accueil résidentiel (accueil de jour et de nuit).

- o Services de placement familial

Dans toute la Flandre, il y a 4 services de placement familial dont 3 s'intègrent dans une action plus large offrant également un placement dans le cadre de l'aide spéciale à la jeunesse. A la demande du ou des parent(s) ou de leur(s) substitut(s), en cas de problème ou de crise, un placement de courte durée est aussi possible en famille d'accueil affiliée à un service de placement familial. Tant les ménages que les familles d'accueil sont assistées à un niveau professionnel par ces services. Cette activité a été lancée par Kind en Gezin en 1985 en guise d'expérience. Après le reprofilage des CKG, en 2003 le placement familial a également été stimulé à nouveau au sein de Kind en Gezin. Kind en Gezin considère le placement de courte durée (en ce compris en cas de crise) comme une alternative valable par rapport à l'aide résidentielle offerte par le CKG. Cette forme d'action s'est clairement vue attribuer une fonction préventive dès le départ. On place un enfant temporairement dans une autre famille pour éviter ainsi une escalade des problèmes. Le but est que les parents puissent continuer à assumer leur rôle de parent en les déchargeant temporairement et en les accompagnant pendant cette période. Ainsi, les parents sont soutenus dans leur mission d'éducation et leur capacité à assumer le ménage augmente.

Le décret sectoriel sur le placement a été approuvé par le Parlement flamand. Les services de placement familial se sont vus confier un rôle dans ce cadre. Le décret sur le placement entrera en vigueur à partir du 1^{er} juillet 2013. (Pour toute information complémentaire sur le décret placement, voir le site du Parlement flamand)

Indépendamment du point de vue spécifique de l'aide familiale et de la phase nettement exploratoire en fonction de l'évaluation du fait que le placement familial est bien la meilleure solution, les autres phases du processus de placement (p. ex. recrutement et promotion, préparation et sélection, accompagnant de la situation de placement) ne diffèrent pas tellement par exemple du placement dans le cadre de l'aide spéciale à la jeunesse. Malgré tout les formes de placement proposées sans quand même différentes.

- Centres de confiance pour l'enfance maltraitée

L'aide procurée par rapport à la maltraitance d'enfants et l'aide des intervenants dans le cadre de l'accompagnement de cas d'enfants maltraités sont confiés aux centres de confiance pour l'enfance maltraitée agréés et subsidiés par Kind en Gezin.

Dans chaque province flamande et dans la Région de Bruxelles-Capitale, on trouve un centre de confiance (il y en a 6 au total). Chaque citoyen qui connaît une situation de maltraitance d'enfant ou en soupçonne une, peut s'y adresser. Ces centres assurent le premier accueil et l'examen ultérieur de la déclaration, un diagnostic spécialisé, le renvoi éventuel vers d'autres professionnels et la coordination ainsi que le suivi de l'aide. Dans des cas exceptionnels, une aide intensive peut même être proposée. En outre, les centres de confiance assistent les autres intervenants en matière de maltraitance d'enfants et transmettent leur expertise. Ils ont aussi pour mission de sensibiliser la population et de signaler les évolutions et les problèmes par rapport à la politique. L'une des caractéristiques des centres de confiance, c'est que leur intervention part d'une relation de confiance avec les personnes concernées. Cela signifie que l'aide est totalement facultative car elle peut parfois s'avérer envahissante. Dans certains cas, une aide forcée est aussi envisagée.

En 1987, le cadre de cette forme d'aide a été inscrit dans l'Arrêté de l'Exécutif flamand du 8 juillet 1987 portant fixation des conditions d'agrément et de subvention des Centres d'aide en matière de maltraitance d'enfants. L'Arrêté du Gouvernement flamand du 2 décembre 1997 fixant les conditions d'agrément et de subvention des centres de confiance pour l'enfance maltraitée a actualisé l'arrêté précédent.

Mesures prises pour protéger la santé génésique :

La Communauté flamande subsidie par le biais de conventions pluriannuelles une série d'organisations qui contribuent à la santé sexuelle de l'ensemble de la population et de certains groupes-cibles spécifiques comme les jeunes et leurs parents, les allochtones et les populations itinérantes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe (hommes en femmes), les personnes atteintes du VIH et du SIDA, les migrants africains subsahariens, les voyageurs et les toxicomanes par intraveineuse.

Les principales organisations ayant conclu une convention sont les suivantes:

- 1) *Sensoa*, qui s'attache à la santé et au bien-être sexuels (<http://www.sensoa.be/index.php>). La convention avait une durée de quatre ans et a commencé à courir le 1^{er} janvier 2002 pour s'achever le 31 décembre 2005. Cela donne à l'asbl *Sensoa* la possibilité de développer une vision à long terme et de mettre en œuvre une prévention mst et sida de qualité. La prévention mst et sida a été élargie à partir de 2002 pour englober la notion de 'santé sexuelle', ce qui permet d'être également attentif à la sexualité, aux relations et à la programmation des naissances. Cette thématique a été défendue jusques et y compris en 2002 par le Lieu de rencontre CGSO (organisation qui regroupe l'Association Centre de programmation des naissances et d'éducation sexuelle et le centre de formation Jos Van Ussel), grâce à l'information et aux conseils, à l'éducation, à la formation, au recyclage et à l'aide fournie. En vue de permettre cet élargissement à la 'santé sexuelle' sur le fond et sur le plan organisationnel, l'action du Point de rencontre CGSO a été intégrée dans l'asbl *Sensoa* à partir du 1^{er} janvier 2003. La mission de *Sensoa* comprend des domaines de résultat, concrétisés par des objectifs et des indicateurs. Il s'agit de:

- diffuser des informations à toute la population et conseiller les pouvoirs publics, les scientifiques et les intermédiaires;
- développer des méthodiques pour les différentes organisations qui s'occupent du travail sur le terrain dans le cadre de la politique de santé préventive;
- contribuer à introduire ces méthodiques dans l'action de ces organisations;
- évaluer les interventions;
- organiser la formation et l'amélioration des connaissances pour les intermédiaires;
- soutenir les personnes atteintes du vih, leur entourage et les intermédiaires et assumer le rôle de point de contact en matière de discrimination par rapport au vih et au sida.

Sensoa s'adresse aussi bien au public en général qu'à des groupes-cibles spécifiques. De nombreuses initiatives sont en cours qui correspondent à cette approche holistique. Celles-ci comprennent notamment la ligne téléphonique mst et sida ; la diffusion de brochures, dépliants, dossiers d'information ; les sites Internet d'information www.condomobiel.be et www.allesoverseks.be; toutes sortes d'événements outreach; les activités de conseil; etc. Chez les jeunes, le site www.allesoverseks.be rencontre un grand succès comme source d'information sur la santé sexuelle et en particulier comment se protéger lors des relations. Pour les homosexuels mâles, une Table Ronde a été lancée en 2007. L'élément central était : comment prendre des initiatives permettant de réduire le nombre de contaminations par le sida et d'autres mst chez les homosexuels mâles ? A la demande explicite du ministre, des groupes de travail se mirent au travail entre les deux rencontres en vue de formuler des propositions par rapport à des thèmes spécifiques. Plusieurs **constats** en résultèrent : **la nécessité de réaffirmer la norme qui consiste à se protéger pendant les relations sexuelles, davantage de recherche,...** Ces constats durent concrétisés dans des actions en 2008 et 2009. Le site gay de Sensoa, qui contient des informations sur les relations sexuelles protégées et la santé sexuelle, a été mis à jour fin 2008 avec une nouvelle navigation et un forum intégré dans le site: <http://Hommesseks.be> a été actualisé en 2009. Le site reste l'élément central dans la communication avec le groupe-cible. Depuis la mise à jour, le site enregistre tous les jours 700 visiteurs uniques (500 précédemment). Les problèmes précités par rapport au sexe sont considérés dans un cadre plus large de santé sexuelle et de bien-être relationnel. Ceci a aussi été exprimé dans le texte visionnaire 'Bons amants'. En 2003 et 2004, ce concept a aussi fait l'objet d'une version spécifique pour les couples homos et lesbiens. En tout cas, du matériel est ainsi mis à disposition des différents acteurs concernés, de sorte qu'un même concept puisse être mis en oeuvre selon le secteur, la culture de l'institution, etc. Sensoa continue à utiliser ce texte visionnaire comme cadre pour y intégrer toutes les nouvelles méthodiques.

- 2) *Asbl Pasop* (pour la Flandre occidentale et orientale) et GH@pro (pour Anvers) se profilent comme des organisations actives sur le terrain dans le domaine de la prévention et de l'aide avec comme groupe-cible spécifique les travailleurs du sexe. Ces organisations reçoivent des subsides pour encourager la santé sexuelle des travailleurs du sexe et favoriser ainsi également la santé sexuelle de leurs clients et des autres partenaires sexuels des clients. Tant Pasop que [Gh@pro](mailto:GH@pro) organisent des consultations auxquelles les travailleurs du sexe peuvent se présenter chez eux en vue d'obtenir des informations ou pour un examen médical. La vaccination contre l'hépatite B est réalisée et suivie chez tous les travailleurs du sexe. En outre, ils prennent aussi contact d'initiative avec des personnes travaillant dans la prostitution de vitrine ou de rue ou dans d'autres circuits du sexe. Des dépliants d'information et des affiches sont aussi disposés à des endroits stratégiques.
- 3) *L'Institut Prince Léopold pour les Maladies tropicales (IMT)* a une mission spéciale sur le plan de l'encouragement d'un comportement sexuel sain et la prévention de la transmission des mst, avec une attention particulière pour les groupes suivants: Africains subsahariens, voyageurs et expatriés. Par une approche des 'community leaders', il est possible de toucher ces minorités. Pour entrer en contact avec la communauté africaine comme travailleur de la prévention, il faut se concerter régulièrement avec les personnalités dirigeantes. Les community leaders transmettent alors à leur tour l'information et la formation. Cette méthode est qualifiée de 'peer-education'. Ainsi, les migrants africains subsahariens ne sont pas considérés comme des récipiendaires passifs mais comme des participants actifs de la prévention du sida et des mst. C'est grâce à cette collaboration étroite avec le groupe-cible lui-même que l'IMT mène la lutte contre les smt et le sida dans la communauté africaine en Flandre. En outre, l'IMT stimule ses community leaders pour qu'ils acceptent de subir le test de dépistage du sida.

- 4) *Domus Medica* se voit confier chaque année diverses missions. L'une d'entre elles consiste à développer, valider et mettre en œuvre des recommandations et méthodes de travail pour les médecins généralistes par rapport à la santé sexuelle.
- 5) Le Centre de formation des relations et problèmes de grossesse (« Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen ou cRZ) est un centre d'expertise qui a sa propre offre en matière d'aide. Le centre est actif dans le domaine des grossesses non désirées / grossesses d'adolescentes / (post-)avortement / diagnostic prénatal.
- 6) Dans ces domaines d'activité, le cRZ œuvre en vue d'une meilleure compréhension de l'effet des évolutions actuelles sur la manière dont on vit la grossesse et la parenté. En développant une expertise et par son action sur le terrain, le cRZ vise à prévenir un ressenti compliqué ou un stress psychologique de longue durée.

Les autorités flamandes subsidient le Centre par le biais d'un Arrêté du Gouvernement flamand pour:

- Réaliser des études et orienter la recherche scientifique sur le thème des grossesses non désirées, de la problématique de l'avortement (post-avortement) et du diagnostic prénatal;
- Mettre à disposition des publications (en ce compris des lettres d'info, des magazines et des dépliants) à propos des grossesses non désirées, de la problématique de l'avortement (post-avortement) et du diagnostic prénatal pour le public en général et des intermédiaires;
- Publier des informations sur les grossesses non désirées, de la problématique de l'avortement (post-avortement) et du diagnostic prénatal sur un site Internet;
- Fournir des informations aux médias, de manière proactive et à la demande sur le sujet des grossesses non désirées et de l'avortement;
- Développer et diffuser des cours à propos des grossesses d'adolescentes et de l'avortement chez les adolescentes destinés aux intermédiaires dans l'enseignement;
- Développer du matériel qui permettra d'aborder plus facilement des problèmes de vécu après un avortement pour les intermédiaires dans les secteurs de la santé, du bien-être et de l'enseignement;
- Proposer des formations sur le plan des grossesses non désirées à des intermédiaires dans les secteurs de la santé, du bien-être et de l'enseignement;
- Proposer une intervision et une supervision sur le plan des grossesses non désirées pour les aidants;
- Coacher les intermédiaires dans les secteurs de la santé, du bien-être et de l'enseignement dans le domaine des grossesses non désirées par courriel, téléphone ou par des entretiens personnels;
- Mettre en place une ligne téléphonique pour les femmes qui sont enceintes sans l'avoir souhaité ou leur entourage, avec également des réponses aux questions par courriel;
- Mettre en place une ligne téléphonique pour les personnes ayant des questions par rapport au diagnostic prénatal, avec également des réponses aux questions par courriel;
- Organiser une offre en matière d'accompagnement en groupe ou individuel pour les femmes éprouvant des problèmes psychosociaux après un avortement et leur entourage;
- Organiser une offre en matière d'accompagnement en groupe ou individuel pour les femmes éprouvant des problèmes psychosociaux après un diagnostic prénatal et leur entourage;
- Elaborer une feuille de route qui devrait aider les collaborateurs des CAW et Jac dans leur action d'aide par rapport aux grossesses d'adolescentes ou non désirées.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande à nouveau des informations sur l'accès aux soins, entre autres des personnes défavorisées dans la Communauté germanophone et la francophone.

La fédération Bruxelles-Wallonie et la Communauté germanophone tiennent à signaler que l'accès aux soins ne relève pas en Belgique de la compétence des communautés.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que des informations sur la gestion des listes d'attente liés aux opérations, figurent dans le prochain rapport.

En Belgique, la question des listes d'attente ne pose pas de problème et il n'existe pour le moment pas de système de mesure de ces temps d'attente. Un groupe de travail a été mis sur pied afin de mesurer les temps d'attentes dans les hôpitaux. Il devrait se réunir le 25 juin 2012 pour la première fois. L'enquête de santé par interview 2013 inclura à l'avenir cette donnée spécifique dans la rubrique 'consommation médicale' ;

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport indique quelles sont les conditions de séjour dans les hôpitaux, y compris les institutions psychiatriques et autres lieux de soins.

Il n'y a pas encore en Belgique de conditions officielles pour l'admission dans un hôpital psychiatrique, un interview à l'admission suffit ; le choix du patient est respecté sauf en cas d'indication médicale absolue ; le facteur limitant est la disponibilité des lits ;

Depuis 2002, la Belgique dispose d'une loi relative aux droits du patient. Celle-ci précise les caractéristiques de la relation entre le patient et le praticien professionnel et vise à améliorer la qualité des prestations de soins de santé.

Les droits du patient sont: (1) bénéficier d'une prestation de soins de qualité; (2) choisir librement le praticien professionnel; (3) être informé sur son état de santé; (4) consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable; (5) disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter et en obtenir copie; (6) être assuré de la protection de sa vie privée; (7) introduire une plainte auprès d'un service de médiation. Pour plus information voir www.patientrights.be

95% de la population se montre *moyennement à très satisfaite* des prestations de santé³⁷, mais 43% seulement est très satisfaite des soins hospitaliers³⁸ ; le degré de satisfaction des patients diminue selon leur état de santé ; il ne semble pas y avoir des différences socio-économiques en ce qui concerne la satisfaction des patients vis-à-vis des soignants ;

³⁷ Un audit de Deloitte-2011 (1000 p> 18 ans en Be et 14.000 consommateurs de soins dans 11 autres pays) donne des données intéressantes sur le comportement des patients, en permettant des comparaisons entre pays ; http://www.deloitte.com/view/en_GX/global/insights/focus-on-the-issues/a953d042ecf81310VgnVCM3000001c56f00aRCRD.htm

³⁸ Plus les services de soins sont abondants, plus les terrains d'expression d'insatisfaction sont nombreux;

Paragraphe 2 – Services de consultation et d'éducatons sanitaires

1. Evolution depuis le dernier rapport.

La promotion de la santé et de la prévention des maladies sont une compétence des communautés en Belgique.

1.1. En Communauté flamande

L'accord du Gouvernement flamand de 2004-2009 souligne le caractère continu de cette politique.

Nous procédons à une évaluation des programmes de dépistage pour le cancer et formulons des objectifs sanitaires nouveaux ou adaptés. Les pouvoirs publics proposeront une vaccination généralisée contre le HPV (contre le cancer du col de la matrice) pour les jeunes filles en âge scolaire, l'exécution d'un plan d'action par rapport à la consommation de produits (tabac, alcool et drogues illégales), ainsi que l'exécution du plan d'action en matière d'alimentation saine et le lancement d'une campagne pour encourager l'exercice physique. La politique de prévention en matière de maladies infectieuses sexuellement transmissibles sera davantage orientée vers les groupes à risques. L'offre en matière de vaccinations contre les maladies infectieuses sera élargie.

Le centre de gravité de l'action préventive sera davantage placé au niveau local. L'on préparera également une approche des SARM et infections nosocomiales dans les structures de logements avec soins. Dans le cadre des soins de santé préventifs, les centres de consultation jouent un rôle important. Le gouvernement redéfinit le contenu, l'offre, l'organisation et la répartition des tâches. Les mesures nécessaires seront prises à cet égard en vue de préserver le service fourni par les centres de consultation en les rénovant et en les renforçant en profondeur. Les prestations de services dans le cadre de l'aide sanitaire préventive (centres de consultation, personnel infirmier dans les régions...) seront structurellement liées à l'évolution de la natalité. L'état de santé de la population flamande et l'exécution de la politique feront l'objet d'un monitoring afin de permettre une évaluation de la politique sur la base de faits et de chiffres.

1. Programmes de dépistage des maladies

a. en milieu scolaire ;

Les **centres de guidance des élèves** (CLB) s'adressent à tous les enfants en âge scolaire. En Belgique, l'obligation scolaire va de 5 à 18 ans. Une personne sur six de la population flamande fréquente l'école. <http://www.ond.Flandre.be/clb/prof/overzicht.htm>

Il existe 72 CLB.

Les élèves de toutes les écoles sont accompagnés par un CLB. Le CLB établit un plan d'action commun avec l'école, ou un contrat réglant leur coopération.

La guidance des jeunes en âge scolaire par le CLB est déterminé par la demande. Le CLB doit en tout cas exécuter certaines formes d'accompagnement (l'offre garantie).

Les élèves, leurs parents et les écoles sont tenus de participer aux consultations générales et obligatoires et aux mesures prophylactiques.

Les consultations générales sont organisées pour tous les élèves des années suivantes:

1° la deuxième année de l'école gardienne ou, pour l'enseignement spécial, l'année civile pendant laquelle l'enfant atteint l'âge de cinq ans;

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

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

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

Ces consultations comportent des examens médicaux spécifiques pour chaque âge qui sont exécutés obligatoirement par tous les CLB.

Pour tous les élèves:

- a) une anamnèse est réalisée,
- b) la croissance et le poids sont mesurés,
- c) pour les plus jeunes, le développement global est examiné, avec une attention particulière pour l'expression orale et la motricité, à partir de la cinquième année, le développement pubertaire est déterminé,
- d) la fonction visuelle et pour les plus jeunes la position des yeux est examinée
- e) l'ouïe est examinée en deuxième année gardienne, la cinquième année primaire et la troisième année du secondaire.
- f) La dentition est examinée
- g) Les organes génitaux sont examinés,
- h) En cinquième année de l'enseignement primaire, en première et en troisième année du secondaire, l'attitude et les mouvements sont examinés.

A partir de la cinquième année de l'enseignement primaire, on interroge également l'enfant sur ses habitudes alimentaires et de vie.

Des consultations ciblées ont lieu pour tous les élèves de:

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

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 moins être effectués.

Pour les jeunes qui vont à l'école dans les trois années précitées, une attention particulière est demandée pour la croissance, le poids et la fonction visuelle. En outre, au cours de la première année de l'école gardienne et de la première année de l'école primaire, la position des yeux est suivie.

Au cours de la troisième année de l'enseignement primaire, le discernement des couleurs ainsi que la dentition sont examinés.

Les normes en matière d'examens, qui doivent être appliquées par tous les CLB, déterminent comment la position des yeux (strabisme), la fonction visuelle, la taille et la croissance, le poids, l'ouïe, le discernement des couleurs, la dentition, l'attitude et les mouvements (seule la scoliose est enregistrée comme anomalie), la puberté et les organes génitaux chez les garçons (seule la varicocèle est enregistrée comme anomalie) sont examinés et enregistrés. Les données enregistrées sont communiquées au Ministre flamand compétent en matière de politique sanitaire.

Le contrôle du statut en matière de vaccination de tous les élèves examinés, conformément au schéma des vaccinations, fixé par le Ministre flamand compétent en matière de politique sanitaire, fait partie de l'offre garantie que tous les CLB doivent proposer aux élèves. Les années d'étude lors desquelles une vaccination doit être administrée sont fixées par le même ministre.

Ce statut de vaccination est obligatoirement enregistré et communiqué à ce ministre.

Pour tous les élèves, on enregistre également les données d'identité et géo-sociales. Celles-ci peuvent ainsi y être couplées lors du traitement des données médicales.

b. pour les autres groupes :

Remarque préliminaire :

La politique flamande en matière de santé part d'une politique intégrée utilisant autant que possible les services existants. De ce fait, seuls quelques 'services de consultation' spécifiques sont prévus, comme indiqués ci-avant (Kind en gezin, CLB, soins de santé en entreprise).

Des initiatives thématiques ou adaptées ne sont organisées que dans les endroits où cela s'avère vraiment nécessaire (c'est ce que l'on appelle les organisations de terrain : p. ex. l'accompagnement des prostituées, les invitations au dépistage du cancer du sein par les centres de screening).

La politique intégrée est rendue possible par l'organisation de centres d'expertise pour toute la Flandre, qui soutiennent les structures régulières, thématiques ou adaptées (les organisations dites partenaires: p. ex. Domus Medica, VAD, Sensoa, VIGEZ...).

En outre, la politique flamande stimule les réseaux locaux et régionaux de prévention (Logos) et les soins de première ligne (Initiatives de coopération des soins de santé de première ligne).

Logos: accords de coopération agréés par le Gouvernement flamand en vue d'une concertation et d'une organisation locale et régionale dans une zone territorialement délimitée. Les Logos sont inscrits dans un décret depuis 2003, ce qui leur procure une base plus solide que l'arrêté du Gouvernement flamand, que nous évoquons dans le précédent rapport. Les LOGOs sont des asbl, agréées et subsidiées par la Communauté flamande et qui ont pour mission de déployer leur action autour des objectifs sanitaires flamands par le biais des acteurs locaux (écoles, entreprises, généralistes, CLB...). Il y a 15 Logos pour toute la Flandre, Bruxelles y compris.

Kind & Gezin: voir ci-avant

Soins de santé en entreprise: Chaque employeur est tenu de prendre des mesures en vue de favoriser, de protéger et de conserver le bien-être des travailleurs dans l'exécution de leur travail. A cet effet, il peut créer son propre service interne de prévention et de protection au travail ou faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail (cfr. La loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs dans l'exécution de leur travail). Les services internes ne disposent pas nécessairement d'un département de contrôle médical ; par contre, ils possèdent toujours un département de maîtrise des risques. Dans le premier cas, l'employeur fait appel pour ses travailleurs à l'offre en matière de contrôle médical d'un service externe. Les services externes de Prévention et de Protection au Travail sont des asbl et se composent de deux services, à savoir un service de contrôle médical et un service de maîtrise des risques. La Communauté flamande est compétente pour l'agrément des départements et services de contrôle médical (voir ci-après).

Les services et départements de contrôle médical sont dirigés par un médecin du travail et comprennent du personnel médical, infirmier et administratif nécessaire pour le contrôle médical. Le contrôle médical comporte une offre qui s'adresse à chaque travailleur, d'une série d'exams préventifs effectués à différents moments, comme préalablement à l'engagement et ensuite pendant toute la durée de l'emploi, de manière périodique. La nécessité et la fréquence de ces exams sont notamment déterminées par le risque lié à l'emploi.

En Flandre, il y a 14 services externes disposant d'un agrément flamand pour le service de contrôle médical. Presque tous les services externes ont une offre qui s'étend au-delà d'une seule communauté.

Il existe aussi 65 services internes possédant un département de contrôle médical agréé en Flandre. Ces départements agréés se situent aussi bien dans des PME que dans des multinationales.

Screening néonatal: le dépistage néonatal d'affection métaboliques congénitales peut être défini concrètement comme le dépistage systématique chez les nouveaux-nés d'une série de maladies bien déterminées du métabolisme, à savoir de la phénylalaninémie, de l'hypothyroïdie, de l'hyperplasie corticosurrénale, du déficit de la biotinidase, du déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne, du déficit multiple en acyl-CoA déshydrogénase, de l'acidémie d'isovalériane, de l'acidémie propionique, de l'acidémie méthylmalonique, de la leucine (ou maladie du sirop d'érable), de l'acidémie pyroglutamique.

Le test de dépistage est effectué par deux centres de dépistage des maladies métaboliques congénitales agréés et subsidés à cet effet par la Communauté flamande.

Dépistage du cancer du sein: Les examens de dépistage du cancer du sein de la population flamande ont commencé officiellement le 15 juin 2001. Il s'agit de l'exécution du protocole d'accord entre le pouvoir fédéral et les Communautés en ce qui concerne le screening mammographique du cancer du sein du 25 novembre 2000 et permet de réaliser l'objectif sanitaire de la Flandre en matière de cancer du sein. [http://www.cancer du seinoporing.be](http://www.cancerduseinoporing.be)

Dans le cadre de ces examens de dépistage du cancer du sein effectués sur la population, les autorités flamandes souhaitent proposer tous les deux ans une mammographie de screening à toutes les femmes de 50 à 69 ans qui résident dans la Région flamande et aux femmes néerlandophones qui résident dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

On parle de mammographie de screening car il s'agit d'un meilleur instrument sur un plan qualitatif pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes ne présentant pas de symptômes et faisant partie du groupe-cible que la mammographie dite diagnostique complétée ou non par une échographie. La mammographie de screening répond aux caractéristiques du screening et permet de répartir les femmes participantes en deux groupes, à savoir un groupe pour lequel un examen diagnostique ultérieur est indiqué (résultat anormal du screening) et un groupe pour lequel ce n'est pas le cas (résultat du screening normal).

La participation à ces examens de la population n'entraîne pas de frais pour la femme, en dehors des frais de déplacement et de la perte de temps, si elle est en ordre avec l'assurance-maladie. Si tel n'est pas le cas, elle devra payer les honoraires pour la mammographie de screening et payer elle-même la deuxième lecture. Elle pourra éventuellement récupérer les frais auprès d'une compagnie d'assurance si elle est assurée.

Pour garantir la qualité, l'examen de la population est adapté autant que possible aux recommandations européennes. Les exigences en matière de qualité sont essentielles à cet égard pour les unités mammographiques, les centres de dépistage du cancer du sein, l'enregistrement précis de toutes les données en vue de l'évaluation et du système de double lecture.

Une double lecture signifie qu'après une première évaluation et protocole (première lecture) par un radiologue (médecin spécialiste en diagnostic radiologique) lié à l'unité mammographique où la mammographie de screening a eu lieu, toute mammographie de screening est à nouveau évaluée et protocolée (deuxième lecture) par un deuxième radiologue indépendant, lié au centre de dépistage du cancer du sein, sans que ce dernier connaisse le résultat du premier lecteur. S'ils n'arrivent pas au même résultat de screening (anormal ou non), une troisième lecture a lieu, lors de laquelle la mammographie de screening est évaluée et protocolée une troisième fois, cette fois en ayant connaissance des résultats des premières lectures. Cette troisième lecture est effectuée par un troisième radiologue, lié au centre de dépistage du cancer du sein, ou en lecture en consensus entre le premier et le deuxième lecteur.

Une caractéristique particulière de l'examen de la population flamande est que l'accès des femmes du groupe-cible peut se faire par deux voies. Dans la première, la femme est envoyée par son médecin traitant ou son gynécologue vers un service pratiquant la mammographie de screening. La deuxième consiste à envoyer à toutes les femmes du groupe-cible, qui n'ont pas encore participé en suivant la première voie, une invitation de la part du centre de dépistage du cancer du sein, en proposant un rendez-vous dans une unité mammographique de sa région ou dans une unité mobile. Les enquêtes ont montré qu'une invitation personnelle avec une proposition de rendez-vous augmente la participation des femmes du groupe-cible. La femme est évidemment libre de s'y rendre ou non. Elle peut aussi choisir librement une autre unité mammographique. La lettre d'invitation vaut prescription pour la mammographie de screening.

La femme est informée sur l'examen de la population, désigne au moins un médecin qui recevra les résultats de la mammographie de screening. Les femmes qui ne désignent pas de médecin sont exclues de cet examen. La

femme en question peut choisir de refuser que son médecin soit informé des résultats (à conditions qu'elle désigne un autre médecin qui recevra le résultat) ou que le centre prenne contact avec son médecin traitant pour pouvoir assurer le suivi après un résultat de screening anormal. Cette autorisation est donnée en signant un 'informed consent'. Cela se fait dans l'unité mammographique ou éventuellement au préalable (ce n'est possible que dans la première voie).

Une fois que les résultats de l'examen de dépistage sont connus, la femme en question, le médecin qu'elle a désigné et le médecin qui a effectué la mammographie de screening (le radiologue premier lecteur) en sont informés. En cas de résultat anormal, le médecin est averti un peu avant la femme en question pour que la communication se fasse de manière adéquate.

A moins que la femme ne refuse (voir ci-dessus), les résultats du suivi ultérieur, après un résultat de screening anormal, sont également enregistrés. Ceci est nécessaire, conjointement avec l'enregistrement des autres données, en vue de garantir la qualité de l'examen de la population.

Il n'y a pas de frais supplémentaires pour les femmes par rapport à la mammographie de screening si les conditions du remboursement par l'assurance-maladie belge sont remplies. Le coût de l'organisation de l'examen de la population est financé par les autorités flamandes. Les honoraires pour les mammographies de screening (la prise des clichés et leur première évaluation et protocole) et la deuxième lecture sont payés aux radiologues en question par le système du tiers payant et donc sans intervention de la femme concernées. Les femmes auxquelles ce système de l'assurance-maladie ne peut s'appliquer devront payer les honoraires des médecins mais pas le coût de l'organisation et elles devront ensuite, si la chose est possible, en demander le remboursement à l'organisme qui rembourse leurs frais médicaux.

La description de l'examen de la population montre que de nombreux acteurs participent à son organisation. Les principaux sont:

1. les généralistes et gynécologues qui envoient les patients en vue d'une mammographie de screening (première voie) et assurent le suivi des femmes après un résultat du screening anormal;
2. les unités mammographiques qui exécutent les mammographies de screening et la première évaluation ainsi que le protocole (ce que l'on appelle la première lecture) et qui sont agréées par la Communauté flamande en vue de participer à l'examen de dépistage du cancer du sein dans la population. Un ou plusieurs autres radiologues premiers lecteurs peuvent être rattachés à une unité mammographique dirigée par un radiologue. Une unité mammographique travaille en milieu hospitalier ou extra-muros. Il peut même s'agir d'une unité mobile;
3. en Flandre, il y a aussi trois unités mammographiques mobiles agréées ou "mammobiles". Celles-ci peuvent être engagées selon certains critères dans des communes ou quartiers où l'on ne trouve pas ou pas assez d'autres unités mammographiques. Ainsi, les femmes ne doivent pas se déplacer trop loin.
4. les centres de dépistage du cancer du sein qui sont agréés par la Communauté flamande pour certaines missions dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Ils sont chargés de la deuxième (et éventuellement troisième) évaluation et protocole des mammographies de screening (ce que l'on appelle la deuxième et la troisième lecture), du suivi de la qualité des unités mammographiques participantes, de l'invitation des femmes du groupe-cible tous les deux ans, de l'enregistrement de toutes les données pertinentes en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, en ce compris le suivi des données de follow-up;
5. les techniciens-physiciens auxquels les unités mammographiques font appel pour surveiller la qualité technique et physique des appareils et qui font rapport à ce propos aux centres de dépistage du cancer du sein;
6. en vue d'optimiser l'échange de données, les centres agréés constituent ensemble un seul Consortium de centres de screening régionaux agréés de la Communauté flamande (asbl), que nous appellerons ci-après le « consortium »;
7. l'asbl Brumammo qui envoie tous les deux ans une invitation en deux langues aux femmes de la région bilingue de Bruxelles-Capitale au nom de la Commission Communautaire Commune (CCC) et en exécution des compétences de la CCC;

8. les mutualités (et autres organismes qui remboursent les frais) et l'INAMI. L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité prévoit un paiement des honoraires pour les mammographies de screening (la prise des clichés et la première évaluation ou protocole) et de la deuxième lecture sur la base de numéros de la nomenclature. Cela se fait suivant le système du tiers payant, les unités mammographiques et les centres de dépistage du cancer du sein facturant directement aux mutualités. Par l'entremise de l'Agence Intermutualiste (AIM), les mutualités envoient aussi des informations sur les prestations de l'INAMI pouvant être utiles pour l'évaluation de l'examen de la population. L'AIM rapporte annuellement sur ces prestations;
9. les 15 Logos (concertation et organisation sanitaire locale et régionale) : ce sont des réseaux subsidiés par les autorités flamandes en matière de soins de santé préventifs, dans une zone géographique cohérente, et qui jouent un rôle de facilitation et de sensibilisation local par rapport à l'examen de la population;
10. Conseil des femmes néerlandophones: les femmes du groupe-cible sont représentées dans le cadre du groupe de travail flamand sur l'examen de dépistage du cancer du sein par le Conseil des femmes néerlandophones.
11. VIGEZ, l'Institut flamand de promotion de la santé et de prévention des maladies (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie ou VIGEZ) soutient les Logos dans leur action de sensibilisation du groupe-cible. Plus spécifiquement, ils proposent des méthodiques aux Logos en vue de soutenir leurs actions de sensibilisation.

En vue de permettre une bonne adéquation entre tous ces acteurs, un groupe de travail flamand dépistage du cancer du sein a été constitué au sein duquel a lieu une concertation structurée et régulière.

En outre, les Logos ont conclu un accord de coopération avec un centre de dépistage du cancer du sein. Celui-ci consacre des accords concernant l'organisation locale de l'examen de la population flamande. Ces accords de coopération définissent aussi le champ d'activité du centre: il englobe toutes les communes des Logos avec lesquelles le centre a conclu un accord de coopération.

Dans le champ d'activité d'un centre de dépistage du cancer du sein, toutes les unités mammographiques concluent à leur tour un accord de coopération avec ce même centre, qui règle notamment le contrôle de qualité ainsi que les accords en vue de la deuxième lecture des mammographies de screening. Sur la base de l'arrêté du Gouvernement flamand du 16 mars 2012 relatif aux aspects de l'examen de la population flamande en matière de cancer du sein, les autorités flamandes reconnaissent les organisations de contrôle en vue d'effectuer un contrôle de qualité physique et technique dans le cadre de l'examen de la population visant à dépister le cancer du sein. Ils en font rapport aux unités mammographiques et au centre de dépistage du cancer du sein.

Il y a pour le moment en Flandre 171 unités mammographiques agréées et 5 centres de dépistage du cancer du sein. En Flandre, il existe aussi 3 unités mammographiques mobiles agréées ou "mammobiles". Celles-ci peuvent être engagées suivant certains critères dans des communes ou des quartiers où l'on ne trouve pas ou pas assez d'unités mammographiques. Ainsi, les femmes ne doivent se déplacer trop loin.

Cancer du col de la matrice: En Flandre, il n'y a pas encore de programme systématique pour un examen de la population en vue de dépister le cancer du col de la matrice pour toute la population. La politique flamande suit les recommandations internationales en incitant les femmes âgées de 25 à 64 ans inclus à se faire prélever un frottis chez leur médecin traitant ou un gynécologue.

Pour les généralistes, il existe une recommandation pratique par rapport au dépistage du cancer du col de la matrice.

La mise en œuvre d'un examen de la population flamande pour dépister le cancer du col de la matrice est prévu pour le début 2013. Sur la base d'un système d'appel – rappel, toutes les femmes de Flandre de 25 à 64 ans inclus seront invitées tous les 3 ans à se faire faire un frottis du col de la matrice chez leur médecin traitant ou un gynécologue. Cet examen de la population sera préparé en 2012 par l'asbl Consortium des centres de screening régionaux agréés et par la Fondation du Registre du Cancer.

En attendant, les autorités flamandes continuent à soutenir les administrations provinciales. Celles-ci incitent les femmes à se faire prélever un frottis par des campagnes d'information ou en envoyant des invitations et en enregistrant le taux de participation. Les administrations provinciales sont subsidiées par les autorités

flamandes en vue de sensibiliser la population. Une seule province n'a pas souhaité participer. En 2007, un groupe de travail flamand a été constitué qui a reçu pour mission de dégager un consensus et de faire des recommandations par rapport à différents aspects de l'examen de la population en vue de dépister le cancer du col de la matrice.

Cancer du Colon: En Flandre il n'y a pas de programme systématique pour un examen de la population en vue de dépister le cancer du colon pour toute la population.

Une nouvelle recommandation pratique est cependant en préparation à ce propos pour les généralistes.

Il n'est pas simple d'organiser un grand examen de la population dans toute la Flandre. C'est pour cette raison que les autorités flamandes ont confié au Centre de Prévention du cancer de l'Université d'Anvers la mission de faire des recherches par rapport au dépistage précoce du cancer du colon chez les personnes de 50 à 74 ans inclus de Borgerhout, Schilde et Vosselaar. Ce projet devait montrer qu'un examen de santé à grande échelle dans toute la Flandre est réalisable et utile.

Le projet courait de février 2009 à janvier 2010. La phase d'évaluation du projet est entre-temps achevée. Le rapport final (PDF, 839 kB) a été soumis au ministre Vandeurzen. Sur la base de ces résultats, les groupes de travail Dépistage du cancer du colon et Examen de la population émettront un avis et le ministre prendra une décision sur le lancement ou non d'un examen de dépistage du cancer du colon en Flandre pour toute la population. On ne sait donc pas quand un tel examen sanitaire de la population pourra commencer.

2. Les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire

➤ **Information et éducation sanitaire à l'école :**

Depuis le 1^{er} septembre 2002, les écoles flamandes sont tenues d'inclure dans le programme de cours une introduction générale des finalités et les objectifs de développement en matière d'éducation à la santé dans (toutes les années) de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire.

Les objectifs de développement et les finalités en matière d'aptitudes sociales, d'éducation à la santé et d'éducation au sens civique ont donc incité les écoles à inculquer aux jeunes une connaissance, une compréhension, des aptitudes et des attitudes. Les *objectifs de développement et les finalités en matière d'éducation à la santé* s'appliquent à tous les niveaux d'enseignement et doivent permettre aux élèves de se développer en vue de devenir des adultes sains, capables de participer de manière efficace et constructive à la société. Ainsi, l'élève n'apprend pas seulement comme avoir un mode de vie sain mais on leur inculque également une attitude menant à de bons choix. Nous en donnons un aperçu plus complet en annexe.

Dans l'enseignement fondamental, ces finalités sont abordées dans le cours « orientation par rapport au monde ». Ce sont des finalités avec obligations de résultat.

Pour l'enseignement secondaire, il s'agit de finalités dépassant les limites de cours déterminés. Cela signifie qu'elles vont de pair avec une obligation d'effort et qu'il convient d'en tenir compte dans tous les cours.

Outre la formulation des finalités, le pouvoir organisateur a chargé l'inspection du contrôle du traitement des finalités. Des instruments spécifiques ont été mis au point à cet effet.

En vue de soutenir les équipes scolaires et les enseignants dans la mise en œuvre des finalités, le Service de développement de l'enseignement (« Dienst voor Onderwijsontwikkeling ou DVO) a aussi rédigé des manuels pour l'enseignement pratique. Pour l'enseignement fondamental, il existe des cartes pratiques pour l'enseignement ordinaire et spécial. Pour l'enseignement secondaire, il existe un manuel pour les finalités à traiter dans les cours du premier degré de l'enseignement secondaire : 'Objectifs pour toute l'école'. Le manuel du deuxième et du troisième degré s'appelle 'Over de grenzen.' (Passer les frontières). Ces cartes ont été mises gratuitement à la disposition de toutes les écoles flamandes. Pour l'enseignement professionnel spécial, les objectifs sont inclus dans les différentes rubriques de cours. Des exemples pratiques sont publiés sur le site Internet de l'enseignement.

La Cellule culture du département Enseignement, CANON, soutient les écoles par le biais de DynaMo2 en vue de développer des projets par rapport à la santé, à la sécurité et à la sportivité. L'objectif des projets consiste à faire en sorte que les élèves se rendent compte qu'un mode de vie dynamique, sûr et sain améliore la qualité de leur vie.

Une école peut aussi faire appel à différents partenaires pour travailler sur le sujet de l'amélioration de la santé.

Il y a par exemple les services d'accompagnement pédagogique et les CLB. Ils peuvent apporter leur concours pour mettre en œuvre une politique forte autour de certains thèmes spécifiques et analyser les données nécessaires à cet effet. Le CLB, vu sa mission décréale de favoriser la mise en réseau, connaît aussi les principaux partenaires auxquels on peut s'adresser en dehors des murs de l'école.

Diverses instances développent des projets dans et pour les écoles. Il y a notamment les LOGOs (plateformes locales de concertation en matière de santé).

Le VIGeZ a mis au point des méthodiques pour les écoles pour qu'elles développent une action par rapport à l'encouragement de la santé à l'école. Le VIGeZ propose des formations aux enseignants et aux directions. Les écoles peuvent aussi utiliser du matériel didactique. Un aperçu complet de l'offre est disponible sur le site Internet du VIGeZ: <http://www.VIGeZ.be/content/html/gezondschool.htm>

L'ensemble du milieu scolaire est invité à prêter attention à un mode de vie sain. Les écoles sont soutenues à cet égard par les Centres d'accompagnement des élèves (CLB – voir ci-avant) le Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIGeZ – voir ci-après). Les CLB peuvent s'adresser aux Logos (voir ci-avant) de leur région pour y trouver conseils et expertise. Le CLB peut mettre en œuvre dans les écoles le plan par étapes de la politique nutritionnelle à l'école ou de la politique en matière de tabagisme à l'école (instruments du VIGeZ) avec l'aide du Logo.

Le VIGeZ organise depuis 2003 en collaboration avec les Logos une mesure triennale dans toutes les écoles flamandes. Les premiers résultats donnent une idée de la situation en matière de politique nutritionnelle et liée au tabac dans les écoles et représentent un point de départ pour les Logos pour travailler avec ces écoles à l'amélioration de la santé. La mesure suivante a eu lieu en 2006. Le site du VIGeZ donne plus d'informations sur la mesure et les résultats:

http://www.VIGeZ.be/content/pdf/VIGeZ_indicatoren.pdf;

http://www.VIGeZ.be/content/pdf/VIGeZ_persmap_041202.pdf

Un **protocole en matière d'encouragement de la santé** chez les enfants et les jeunes a été rédigé entre le ministre compétent pour l'enseignement et la formation, la santé, l'agriculture et le sport. Il définit notamment quels sont les domaines prioritaires en matière d'amélioration de la santé des enfants en âge scolaire et des jeunes. On tient compte à cet égard des objectifs sanitaires flamands. Dans le protocole, des accords sont également conclus en ce qui concerne l'organisation.

Avec son périodique **Klasse**, le département de l'Enseignement maintient l'attention sur l'amélioration de la santé à l'école, tant dans les écoles, chez les parents que chez les élèves. Plusieurs publications périodiques s'adressent aux écoles, aux parents et aux élèves. Dans ses dossiers de première ligne, Klasse consacre beaucoup d'attention à ce que peuvent faire les écoles, par exemple par rapport au harcèlement, aux drogues, au tabagisme, au suicide, à la violence, à la peur de l'échec, etc... (Un dossier de première ligne est établi en collaboration avec des jeunes, des enseignants, des directeurs, des collaborateurs de CLB et des experts.)

Thèmes spécifiques:

Le ministre de l'enseignement a conclu avec l'association pour la prévention en matière d'alcool et de drogue (VAD) une convention en vue de soutenir les écoles dans la mise en œuvre d'une politique en matière de consommation de drogue. Si l'école recherche une information spécifique sur la consommation de produits (tabac, alcool et drogues illégales), elle peut s'adresser à la VAD. L'association dispose d'une offre très large pour assister les écoles et propose aussi des formations.

En matière de formation et d'assistance, l'école peut aussi faire appel à des travailleurs de la prévention régionaux et locaux, occupés dans les centres de soins de santé mentale et à des travailleurs de la prévention locaux attachés aux communes, aux villes et aux provinces.

On trouve également dans Klasse un forum où peuvent se rendre les jeunes qui se posent des questions sur le **suicide** (www.maks.be/forum/zelfmoord)

Par le passé, le « **Steunpunt Grensoverschrijdend Gedrag op School** » (Point focal pour comportement déplacé à l'école) a aussi été mis sur pied. Les victimes de harcèlement (et les gens de leur entourage) peuvent s'y

adresser. Souvent, on les renvoie vers une instance ou une personne spécialisée mais le point focal a aussi la possibilité si une des parties le souhaite, de procéder à une médiation informelle sur le terrain. Le point focal organise par ailleurs des formations en vue d'augmenter l'expertise des directions, enseignants, personnes de confiance et conseillers en prévention dans les écoles. <http://www.ond.Flandre.be/antisociaalgedrag/>

Avec le point focal comportement déplacé, dirigé par l'asbl Limits, le **Plan politique de prévention et de lutte contre la violence, le harcèlement et le harcèlement sexuel** à l'école a aussi été rédigé à l'époque. La carte a été distribuée gratuitement aux écoles et peut aussi être téléchargée à partir du site Internet de l'Enseignement (www.ond.Flandre.be/beleidsplanosg). Elle propose un plan par étapes correspondant à différents scénarios de problèmes.

Pour arriver à discuter de cas de harcèlement à l'école entre jeunes et entre des jeunes et leurs professeurs, les écoles ont reçu en 2004 un DVD avec un court métrage 'Jour de gloire'.

Enfin, nous chercherons les exemples de bonne pratique chez nous et à l'étranger, nous en ferons l'inventaire, les communiquerons clairement et en ferons la promotion. C'est avec cet objectif à l'esprit que la Communauté flamande s'est en tout cas déjà engagée comme partenaire dans le projet de l'OCDE « International Network on School Bullying and Violence ». Ce réseau veut faire connaître et stimuler des initiatives luttant contre le harcèlement et la violence à l'école. Le premier résultat de cette coopération est le site Internet (oecd-sbv.net) qui fait office de plateforme où les pays participants peuvent échanger des informations sur leur politique, la recherche scientifique et des exemples de bonnes pratiques.

Sur le site Internet du département de l'Enseignement, les écoles peuvent consulter la base de données 'Mieux traiter la tristesse et l'angoisse chez les enfants'. Cette base de données propose aux enseignants, aux parents, aux collaborateurs des CLB, aux coordinateurs de soins et à tous les membres de l'équipe scolaire, du matériel, des méthodiques et une information de fond en vue de permettre à leurs élèves de mieux se protéger.

L'asbl Sensoa ne mène pas d'action spécifique vis-à-vis des écoles, mais les jeunes font partie de leur principal groupe-cible.

Pour les toucher dans l'environnement scolaire, Sensoa a prévu une série de formations. Ainsi, Sensoa propose toute une série de cours intéressants permettant d'organiser une activité de formation autour de la sexualité, de la formation relationnelle et sexuelle ou des abus sexuels.

Ils ont rédigé et sélectionné une série d'excellentes publications et de formes de travail qui constituent autant d'auxiliaires pour discuter de tous les aspects du sexe et des relations avec les jeunes d'une manière amusante.

En outre, le centre de documentation de Sensoa possède une collection unique d'outils de formation qui peuvent être donnés en prêt à propos de formations relationnelles et sexuelles. Cette collection peut être consultée dans le fichier de documentation en ligne.

La note de politique 2009 -2014 confirme ce soutien:

En vue d'améliorer la santé psychique et physique des élèves d'un point de vue préventif en déployant une politique de santé intégrale par le biais d'un plan stratégique et opérationnel élaboré à un niveau centralisé. Dans une première phase, l'attention est allée vers une alimentation saine et une bonne condition physique, ensuite suivirent la politique en matière de tabagisme dans les écoles. A présent, l'accent se porte sur le bien-être. La prévention du harcèlement, du suicide et des problèmes psychiques se trouvent en effet en très bonne place à l'agenda social. Lors de l'élaboration de ces plans et après m'être concerté avec mon collègue compétent pour la santé publique, je m'orienterai vers les actions qui ont un impact maximal sur la réalisation des objectifs sanitaires flamands.

D'autres domaines politiques prévoient des actions qui peuvent avoir un impact sur la politique sanitaire des écoles (p.ex. la prévention de la consommation de drogues). Pour pouvoir coopérer au plan intersectoriel et à différents niveaux, je rechercherai une coopération avec les collègues dont les compétences sont susceptibles d'influencer l'amélioration de la santé chez les enfants et les jeunes.

Pour améliorer l'état de santé général des jeunes, je renforcerai – avec mon collègue compétent pour le sport – les activités sportives et l'éducation physique dans à l'intérieur et à l'extérieur des murs de l'école. Le décret Politique local du sport et le Politique d'accompagnement de l'enseignement joue un rôle crucial à cet égard. En réalisant des écoles au sens large, j'encouragerai fortement la collaboration entre les écoles et les acteurs locaux en matière de sport. Les expériences dans le cadre du projet FOLLO (« Flexibele Opdracht Leerkracht L.O. » Mission flexible enseignant enseignement local) seront également prises en compte à cet effet. Par

ailleurs, j'exécuterai le décret du 13 février 2009 portant organisation du sport à l'école. Pour les plus petits, Je préparerai un projet pilote multisports avec les fédérations sportives et les universités. Je souhaite ainsi stimuler la pratique régulière du sport par les enfants et les adultes tout en permettant une détection précoce de jeunes talents.

Campagnes d'information menées à cet effet :

1. Campagnes publiques

Thème: Alcool et drogues illégales

- **La DrugLijn ou Ligne Drogue** est le service d'information auquel le grand public peut s'adresser avec ses demandes de renseignement ou d'aide ou de documentation sur la boisson, les drogues, les médicaments ou le jeu. On peut joindre la LigneDrogue par téléphone (078 15 10 20, du lundi au vendredi de 12h à 21h et le samedi de 15h à 21h) ou par le site www.druglijn.be. La Ligne Drogue est une initiative du VAD.
- « **Alcohol bekijk het eens nuchter** » (www.bekijkheteensnuchter.be) informe et sensibilise sur un usage raisonnable et critique par rapport à l'alcool et cela dans différents groupes-cibles. Au cours de la période 2005-2007, l'attention s'était surtout portée sur les partenaires des personnes souffrant d'un problème d'alcool et les enfants dont les parents ont un problème d'alcool.
- '**Drugs in beweging**' (Les drogues en mouvement) est un site (www.drugsinbeweging.be) et un accord de coopération entre le [VAD](http://www.vad.be) et les groupements de mouvements de jeunesse en Flandre. Le site contient des informations théoriques sur la prévention en matière de drogues, des conseils pratiques en vue d'une politique en matière d'alcool et de drogue et des informations utiles sur les services plus spécifiques auxquels on peut s'adresser.

Thème: Tabac

Les actions locales des LOGOs sont soutenues au niveau flamand par des campagnes dans les médias du VLK. Le VIGEZ est aussi un partenaire important dans la mise en œuvre d'actions contre le tabagisme.

Dans une de ses campagnes, la VLK en appelle à la société pour que l'on n'accepte plus le fait de fumer en présence d'enfants comme un comportement « normal ». Il faut interdire par une loi de fumer en présence d'enfants. Pas comme une sanction mais plutôt comme un signal crédible lancé à ceux qui s'en rendent coupable.

La VLK voudrait que la société n'accepte plus le fait de fumer en présence d'enfants comme un « comportement normal » et lance dès lors un appel aux autorités pour qu'elles prennent des mesures protégeant les enfants contre les conséquences nocives de la fumée du tabac.

Thème : Alimentation

La Flandre compte plusieurs projets sur ce thème: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Gezond-leven-en-milieu/Voeding-en-beweging/Campagnes-en-projecten-rond-voeding-en-beweging/#lopend>

Thème : Santé sexuelle : campagnes Sensoa

Plusieurs campagnes de Sensoa sont en cours par rapport à plusieurs groupes-cibles. Une sélection parmi leur offre:

* www.allesoverseks.be: un site formulant des réponses à des questions concernant les relations et la sexualité pour le groupe-cible des 15- 25 ans.

* En 2010, Sensoa a mené campagne pendant un an sur le thème du vih, en réponse aux chiffres croissants de la contamination par le vih chez les hommes homosexuels. Avec 1 homosexuel sur 20 contaminé par le vih probablement, le virus est une réalité à laquelle est confronté tout homosexuel en Belgique. La campagne est la plus vaste que Sensoa ait jamais menée vis-à-vis des homosexuels. Elle vise à faire prendre conscience du problème du hiv entre hommes homosexuels, pour eux-mêmes, pour leur partenaire et pour leurs partenaires sexuels. 5 messages étaient liés à ce thème central: think positive, love positive, act positive, talk positive et

live positive. La campagne s'articule autour d'affiches, d'un site Internet, d'une action sur le terrain, de nouvelles publications, d'articles et de lors d'événements holebi (homos et lesbiennes).

Thème Santé mentale

En mai 2006, une campagne publique 'Bien dans sa tête, bien dans sa peau' a été lancée. Cette campagne attire l'attention sur l'importance d'une bonne santé mentale et veut faire en sorte que ces problèmes ne soient plus tabous et puissent être discutés. **Dix étapes concrètes** constituent une sorte de fil rouge en vue d'un meilleur équilibre mental. Cette campagne est la première qui met un accent aussi large sur la prévention en matière de santé mentale. Le concept des dix étapes trouve son origine en Angleterre. Des scientifiques y ont découvert que, tout comme on peut améliorer sa condition physique, cela vaut tout autant pour la santé mentale. Les scientifiques ont constaté que l'on pouvait protéger sa santé mentale dans la vie quotidienne grâce à ces dix étapes faciles à suivre. Il ne s'agit nullement d'un phénomène de mode mais bien d'une approche basée sur des faits.

L'objectif de la campagne 'Bien dans sa tête, bien dans sa peau' était de faire prendre conscience au public du fait que ces dix étapes et les actions qui les accompagnent et précisent ces dix étapes qui sont proactives, incitent le public à agir lui-même dans une ou plusieurs de ces dix étapes. (pour plus d'infos: www.fitinjehoofd.be)

2. Actions vis-à-vis des écoles

Thème: Alcool et drogues illégales

Pour l'enseignement fondamental (6 à 12 ans), le VAD a réalisé la brochure "Principes de base de la prévention (drogues) dans l'enseignement fondamental" dont le principe de base est l'amélioration de la santé. L'accent est mis sur des initiatives en matière de prévention dans le cadre du développement et de l'environnement des enfants, dans les actions pédagogiques quotidiennes.

Vis-à-vis de l'enseignement secondaire le VAD distribue les méthodiques et matériaux suivants:

- "Une politique en matière de drogue à l'école" est un manuel en vue de mettre en place une politique en matière de drogue dans les écoles du secondaire. Les écoles y trouvent des conseils concrets pour constituer un groupe de travail à propos de la drogue et des directives en vue de développer les divers aspects d'une politique en matière de drogue à l'école.
- "Gros plan sur une politique en matière de drogues à l'école" est un instrument permettant d'évaluer et d'adapter la politique menée en matière de drogues dans l'enseignement secondaire. Il contient des méthodiques en vue de réaliser une analyse et des questions ciblées focalisées sur le processus de mise en œuvre d'une politique en matière de drogues.
- "Conseils juridiques pour l'enseignement" constitue un guide pour agir effectivement au niveau de l'enseignement secondaire, aussi bien préventivement qu'en cas de confrontation avec l'alcool ou d'autres problèmes de drogue. Les thèmes abordés sont notamment : le règlement scolaire, les droits et obligations du personnel scolaire, la relation entre l'école et la police ... Cette brochure constitue également un incitant en vue d'améliorer la concertation entre les écoles, la police et la justice.
- "Les interviews des élèves" est une manière de collecter des informations sur les attitudes des élèves par rapport aux drogues, leur consommation réelle et leur vision par rapport à la politique en matière de drogues et d'alcool à l'école. Les résultats sont susceptibles d'améliorer la communication entre les parents, les élèves et le personnel scolaire en ce qui concerne les drogues la prévention en matière de drogue et représentent un premier pas en vue d'une amélioration de la politique. Sous la forme d'un rapport, le VAD donne des conseils concrets à la mesure de l'école individuelle. L'information que l'on retire de ces interviews des élèves est réunie chaque année pour en tirer des données chiffrées et des rapports de synthèse.
- L'"Inventaire de matériel didactique" donne un aperçu de tous les livres pour la jeunesse, les vidéos, les jeux et les cours pour la jeunesse à propos de l'alcool et d'autres drogues, en ce compris des informations méthodiques et pratiques sur ce matériel.

- “Drogues etc.” est un kit complet contenant des informations sur l’alcool, le cannabis, la cocaïne, le jeu, GHB et la kétamine, l’héroïne, la médication psychoactive au LSD, les « smartdrugs », le speed, les substances volatiles que l’on « sniffe » et l’XTC. Sont également abordés : l’histoire passée de la consommation de substances et du jeu, les chiffres, la consommation problématique et non problématique, la politique et la législation, la prévention, l’intervention précoce, l’assistance et la notion de « harm reduction ». Ce kit comprend douze dépliants qui donnent une information succincte à propos des substances, treize fiches d’information, un cd-rom, une brochure et six fiches didactiques avec des conseils pratiques pour organiser des séances d’information sur les substances.
- “Lindestraat 14” est aussi un ensemble didactique avec une vidéo qui est destiné aux soirées de formation pour les parents concernant la consommation de drogues chez les adolescents. Le but est de susciter la discussion sur le thème des drogues et les inquiétudes qu’il engendre.
- “Une politique locale en matière de drogues et d’alcool. Brochure sectorielle de l’enseignement ” est un concept de base qui regroupe au niveau local (communal) toutes les initiatives qui se rapportent aux problèmes d’alcool ou d’autres drogues, dans le but de favoriser une coordination et une collaboration. La publication destinée à l’enseignement doit soutenir les personnes-clés dans l’enseignement afin qu’elles participent à la politique locale en matière d’alcool et de drogue.
- “Les drogues dans le secondaire: matériel pour la formation des enseignants”. On y trouve une information théorique et des méthodes concrètes permettant d’intégrer le thème dans la formation de base des enseignants.

La mission du VAD consiste à développer toutes ces méthodiques et ce matériel et à les diffuser parmi les travailleurs locaux de la prévention en matière de drogue. Ils devront veiller à leur tour à ce que cela soit appliqué dans les écoles. Les activités des travailleurs de la prévention en matière de drogue sont suivies dans ‘Ginger’, un système d’enregistrement mis au point et géré par le VAD.

Thème: Tabac

La structure des Logos s’adresse surtout aux enfants et aux jeunes en ce qui concerne le tabac et leur terrain d’activité de prédilection esdt depuis des années l’école.

La méthode de prévention la plus utilisée dans les écoles est « Les classes non fumeurs ». Les élèves des classes du premier degré (12-14-ans) du secondaire qui participent à ce concours s’engagent tous ensemble à ne pas fumer pendant six mois. Cela signifie : ne pas fumer ou arrêter d’expérimenter ou de fumer de temps en temps. La recherche montre en effet que plus une personne arrive à reporter son désir de fumer, plus il y a de chances qu’elle arrivera à ne plus fumer du tout.

(Source: www.VIGEZ.be)

Thème : Alimentation: Tutti Frutti: une offre de fruits à la mesure de l’école: <http://www.fruit-op-school.be/>

Tutti Frutti vise à augmenter la consommation de fruits et légumes chez les jeunes en leur proposant chaque semaine des fruits ou des légumes à l’école. On appelle souvent l’action « fruits à l’école », mais les légumes font bien partie de l’offre. Le projet est en cours dans toute la Flandre pour l’enseignement fondamental et secondaire. Tutti Frutti est en cours depuis 5 ans déjà.

Le principe est simple : un jour fixe de la semaine, les enfants mangent ensemble un morceau de fruit ou de légume comme en-cas. Ce jour fixe constitue en outre l’occasion d’organiser un moment sanitaire à l’école et de mener une action plus large par rapport aux fruits et à une alimentation saine.

Depuis l’année scolaire 2009-2010, la Commission européenne libère des fonds pour la distribution de fruits et légumes dans les écoles. Les fonds sont versés à condition que les Etats membres y consacrent le même montant. C’est pourquoi le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, le Ministre flamand de l’Agriculture et de la Pêche et les producteurs et marchands de fruits ont décidé de collaborer.

Les différents partenaires ont décidé de faire le lien entre l’action flamande Tutti Frutti qui court actuellement et l’action européenne en faveur des fruits à l’école. C’est ainsi que le projet Tutti Frutti pourra dorénavant être

proposé aux écoles fondamentales avec une forte ristourne. Toutes les écoles du fondamental peuvent obtenir une intervention de 4 Euros par élève pour l'achat des fruits et légumes.

Les élèves du secondaire n'entrent pas en ligne de compte pour la ristourne. Par contre, les écoles du secondaire peuvent participer à l'action « des fruits dans le cartable ». Dans le cadre de cette action, un jour fixe de la semaine, l'élève emporte un fruit dans son cartable comme en-cas.

Schoolsnakker (Snacks à l'école) est un projet sur **la politique en matière de boissons et d'en-cas à l'école**. Par le biais du conseil des étudiants, les jeunes se voient proposer une méthodique en vue de mener une action autour du thème d'une alimentation saine (plus particulièrement en ce qui concerne les boissons et les snacks). En collaboration avec les Logos et les CLB, le VIGEZ a produit un kit qui permet aux jeunes de se mettre au travail par rapport à des boissons et snacks sains à l'école. Les thèmes suivants y sont abordés:

- *L'eau sous toutes ses formes et en toutes dimensions : de l'eau gratuite pour tous
- *Café santé: une offre de boissons variée et saine
- *Remplir les distributeurs automatiques : une offre de boissons saine et variée, même dans le distributeur.
- *Des snacks pour être en forme : des en-cas sains et de l'exercice
- *Des fruits frais à l'école
- *L'alimentation, l'environnement et la mondialisation : des boissons et des snacks équilibrés et respectueux de l'environnement

Par une approche planifiée (chaque fiche est conçue selon un plan par étapes), les différents composants d'une politique nutritionnelle à l'école sont abordés. Le projet souhaite sensibiliser les jeunes à la nécessité d'une consommation équilibrée de boissons et de snacks et leur permettre de faire eux-mêmes des choix critiques. Schoolsnakker met l'accent sur la **participation des étudiants**: le projet est taillé sur mesure pour le conseil des étudiants pour que les jeunes participent activement à la politique en matière de boissons et de snacks dans leur environnement immédiat.

D'autres actions en cours du VIGEZ sont visibles à l'adresse www.gezondescholen.be

Thème : Bouger

Dans le cadre du thème Bouger, le projet « En forme à l'école » est soutenu par les autorités flamandes. Il s'agit d'une coopération intersectorielle entre les départements de la Santé, de l'Enseignement, de l'Agriculture et du Sport. La mise en œuvre pratique est réalisée par le VIGEZ, la Fondation flamande Sport à l'école (Schoolsport) et NICE.

« En forme à l'école » ou 'Fitte School' a été lancé au début de l'année scolaire 2005-2006 et a pour objectif de proposer une méthodique aux écoles pour les aider à mettre en place une politique en matière d'alimentation et d'exercice physique. Ce projet est un prolongement de la méthodique générale en matière d'amélioration de la santé dans l'enseignement.

1.2. En Fédération Wallonie-Bruxelles

Voir réponse fournie à l'article 11§1

1.3. En Communauté germanophone

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations sur les mesures prises dans la Communauté germanophone au niveau d'informer et de sensibiliser le public sur des thèmes divers tels que les modes de vie nuisible à la santé (tabac, alcool, drogues) mais aussi en matières d'alimentation et d'éducation sexuelle.

- Le Ministère de la Communauté germanophone a lancé une grande campagne de sensibilisation pour la prévention et la prise en charge du tabagisme en 2010. Dans ce cadre des séances d'information grand public ont été organisées pour informer la population des remboursements prévus lors de sevrage tabagiques chez un tabacologue ou médecin généraliste. La campagne visait également les professionnels de santé (médecins, infirmières,...) quant à leur rôle essentiel dans la prise en charge de patients fumeurs. Cette campagne reprenait également la mise en place d'une déviation de la ligne gratuite « tabacstop » belge vers l'Allemagne, afin d'assurer une prise en charge en langue allemande pour les personnes désireuses d'arrêter de fumer. Cette campagne a pu être mise en place grâce à une collaboration avec l'œuvre belge contre le cancer. De nombreux outils de prévention des assuétudes ont également pu être imprimés en langue allemande grâce à la collaboration avec le FARES.
- En matière d'éducation sexuelle, les animations annuelles dans toutes les classes de 3^{ème} secondaires de la CG ont permis de continuer à toucher l'ensemble des élèves. De nouveaux partenaires sont venus renforcer l'équipe d'animateurs existante.
- Suite à l'évaluation des animations en hygiène bucco-dentaire en 2010, un nouveau programme est né reprenant deux animations par an pour tous les enfants de 2^{ème} et 3^{ème} maternelle ainsi que 1^{ère} et 2^{ème} primaire de toutes les écoles en CG. Le programme met l'accent sur l'hygiène bucco dentaire en intégrant l'alimentation saine et équilibré ainsi que l'activité physique. Le but est à la fois d'augmenter les connaissances des enfants ainsi que leur aptitude. Les professeurs font partie du programme dans la mesure où ils mettent en place un projet de classe sur la thématique. Ce programme est évalué annuellement et rencontre beaucoup de succès.
- Le programme Tutti Frutti est aussi un projet scolaire. Des producteurs de fruits locaux livrent une fois par semaine un fruit de saison (15 fruits différents par an pour le prix de 10€ par enfant) aux classes participantes. Le projet est évalué chaque année et existe depuis 2006.
- Les Consultations de nourrisson pour les enfants de 0 – 3 ans dans le cadre du service «Dienst für Kind und Familie» (ONE germanophone) permettent de dépister des maladies ainsi que des retards développementales pour la population cible. Les BMI des enfants de deux ans sont systématiquement évalués et s'il y a du surpoids, des mesures adaptées à chaque famille accompagnée sont prises (entretiens, bilan médicale ...). Depuis 2012, un dossier médical commun du Dienst für Kind und Familie avec la médecine scolaire va permettre une communication continue ainsi qu'une bonne poursuite médicale des enfants.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande à nouveau des informations sur les mesures de consultation et les programmes de dépistage des maladies dans la Communauté germanophone

- Programme de dépistage du cancer du sein : La Communauté germanophone propose un programme de dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 à 69 ans. Ce groupe cible est invité (d'une façon personnalisée) à se rendre à une des 2 unités de mammographie contrôlée afin de bénéficier d'une mammographie gratuite tous les 2 ans. Cette mammographie s'appelle Mammothest. L'objectif de ce dépistage est de détecter le plus tôt possible un éventuel cancer du sein afin de le soigner au début de son évolution, ce qui augmente des chances de guérison. Ce programme a fait l'objet d'un protocole d'accord et de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés. Il a été établi selon les

recommandations émises par les experts de l'Union européenne afin d'offrir aux femmes un dépistage dont la qualité est contrôlée, tant au niveau des appareils utilisés que des clichés.

- Programme de dépistage du cancer colorectal: La Communauté germanophone propose un programme de dépistage du cancer colorectal aux personnes âgées de 50 à 74 (hommes et femmes). Ce groupe cible est invité (d'une façon personnalisée) à se rendre chez leur médecin généraliste pour participer au dépistage du cancer colorectal tous les 2 ans. Le test « Hemocult® » est gratuit pour les patients entre 50 et 74 ans, la consultation est à payer. L'objectif de ce dépistage est de détecter le plus tôt possible un éventuel cancer colorectal afin de le soigner au début de son évolution, ce qui augmente des chances de guérison. Ce programme a fait l'objet d'un protocole d'accord et de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés française et germanophone. Il a été établi selon les recommandations émises par les experts de l'Union européenne afin d'offrir un dépistage dont la qualité est contrôlée.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations sur les mesures de consultation et les programmes de dépistage des maladies et il demande quelles sont les mesures qui ont été prises en vue de développer l'éducation sanitaire

1.4. En région flamande.

Voir réponse ci-dessus.

1.5. En Fédération Wallonie-Bruxelles.

Voir réponse fournie à l'article 11§1

Paragraphe 3 – Prévention des maladies

1. Evolution depuis le dernier rapport.
- 1.1. Au niveau des Régions
- 1.1.1. En Région flamande

COMMENTAIRE DU COMITE

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

Vaccination :

Le site Internet des autorités flamandes sur les vaccinations contient toutes les informations utiles: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinaties/>. A l'occasion de la semaine européenne de la vaccination, une campagne de communication a été lancée sur l'importance des vaccinations. Un site distinct a été réalisé à cet effet pour les campagnes annuelles: <http://www.vaccinatieweek.be>.

L'étude sur le degré de vaccination de 2008 montre qu'en comparaison avec la mesure réalisée en 2005 le taux de vaccination a légèrement augmenté pour tous les vaccins. Cela peut représenter une augmentation réelle mais ce pourrait aussi (en partie) être la conséquence d'une meilleure disponibilité des données, notamment parce que Vaccinnet est accessible depuis février 2006 pour tous les vaccinés. Vaccinnet est un système d'enregistrement électronique pour les vaccinations – dans le cadre de la politique programmée de vaccination – qui est relié à un système de commande et de distribution des vaccins mis à disposition par la Communauté flamande. Pour la commande des vaccins, les médecins-vaccinateurs de la Région flamande et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale peuvent se rendre sur Vaccinnet. Les centres de logement avec soins et les CLB placent aussi leurs commandes par ce biais.

En 2009, les autorités flamandes ont conclu des conventions avec les 5 centres d'accueil médico-sociaux (MSOC) et le coordinateur flamand, pour une durée de 3 ans. Ils assurent la mise en œuvre du programme flamand d'échange des seringues.

Scénario des maladies contagieuses (Draaiboek besmettelijke ziekten): décrit quelles mesures un CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding ou centre d'accompagnement des élèves) doit prendre si une maladie contagieuse est constatée parmi les élèves.

Kind & Gezin dispose aussi d'un manuel pour les maladies infectieuses qui contient les directives officielles en matière d'accueil des enfants.

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 de l'Environnement, de la Nature et de l'Energie. En ce qui concerne l'eau et l'air, cette compétence est confiée à la Vlaamse Milieumaatschappij (VMM), pour le sol et les déchets, c'est l'Openbare Vlaamse Afvalstoffenmaatschappij (OVAM) qui est compétente. L'inspection de l'environnement veille quant à elle au respect général de la qualité de l'environnement.

L'agence flamande Zorg en Gezondheid (Soins et Santé), qui dépend du département du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille est aussi active en matière de protection de la population contre les influences de la pollution de l'environnement, notamment par le biais :

- du décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive, qui permet au Gouvernement flamand:
 - o de déterminer dans les différents médias de l'environnement des valeurs-cibles pour les polluants dans le cadre du développement durable (art. 52);
 - o et qui impose un biomonitoring humain en vue de contrôler l'exposition des citoyens aux polluants ;
- du Réseau médical environnemental (Medisch Milieukundig Netwerk), tel que décrit dans le rapport précédent ;
- de l'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation générales avec brochures, dépliants, affiches
- du site <http://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondmilieu.aspx>

Pollution environnementale par des établissements incommodants

La protection de l'environnement, notamment celle de l'air contre la pollution et l'infestation, est une compétence régionale en Belgique. En Flandre, la base légale pour la lutte contre la pollution environnementale par des établissements incommodants est fournie par les Vlarem I et Vlarem II, qui sont les deux arrêtés d'exécution du décret du 28 juin 1985 relatif au permis d'environnement. L'arrêté du Gouvernement flamand, portant fixation du règlement flamand en matière de permis d'environnement, le Vlarem I, date du 6 février 1991 et a été adapté quelques fois depuis. Le Vlarem II est l'arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} juin 1995 portant des dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement. Le Vlarem II a aussi été adapté plusieurs fois déjà. Les textes complets du décret sur le permis d'environnement, du Vlarem I ainsi que du Vlarem II peuvent être consultés ou téléchargés en utilisant l'URL suivant: <http://www.mina.be/vlarem-teksten.html>.

Les mesures de protection et de prévention nécessaires sont reprises tant dans le cadre législatif (VLAREM) que dans le processus des permis d'environnement individuels pour mettre en œuvre la politique de santé.

En voici quelques exemples:

- les rapports d'impact sur l'environnement, qui constituent une procédure juridico-administrative prévoyant l'étude, la discussion et l'évaluation sur des bases scientifiques des conséquences environnementales d'une activité ou d'une intervention (projects, intentions politiques comme des plans et programmes) avant que celle-ci n'ait lieu. On évalue par la même occasion les effets sur les gens et sur les enfants;
- rapports de sécurité: ces rapports sont rédigés en vue de maîtriser les dangers et les [risques d'accidents graves](#) impliquant des [substances dangereuses](#). On tient compte également à cet égard des risques pour les groupes les plus vulnérables;
- la sécurité dans les piscines;
- des mesures préventives et protectrices par rapport à la pollution par le bruit et à la pollution de l'air et de l'eau (tant dans la réglementation que dans les permis d'environnement individuels);
- les dispositions en matière de maîtrise de l'amiante;
- ...

Réseau environnemental médical

En Flandre, le réseau environnemental médical a encore été étendu et opérationnalisé ces dernières années. Le réseau s'articule autour d'une structure à trois niveaux:

- Premier niveau: les experts environnementaux médicaux (Medisch Milieukundigen)
Ces experts (MMK) sont actifs depuis 2004 en Flandre. Ils sont proches des citoyens et constituent la première ligne du réseau environnemental médical. Les MMK constituent le point de contact local pour les questions et les plaintes en matière environnementale et sanitaire tant pour la population que pour les intermédiaires (fonctionnaires des services de l'environnement, médecins généralistes, ...). En développant un réseau local sur le plan de l'environnement et de la santé, les MMK assurent également une fonction de plateforme.

Enfin, les MMK sont aussi responsables de l'information et de la communication des risques par rapport aux problèmes sanitaires liés à l'environnement notamment en organisant des réunions d'information.

- Deuxième niveau: service Environnement et Santé du Département de l'Environnement, de la Nature et de l'Énergie (LNE) et Contrôle de la Santé publique. Le service Environnement et Santé du LNE (<http://milieuengezondheid.lne.be>) constitue avec l'Agence Soins et Santé (Service Contrôle de la Santé publique ou ToVo) le deuxième niveau du réseau environnemental médical flamand. Le service Environnement et Santé s'occupe notamment des études servant à étayer la politique menée, sur la base desquelles des propositions et actions politiques sont en suite préparées en matière d'environnement et de santé.
- Troisième niveau: Point focal Environnement et Santé
A la mi-2001, un point focal Environnement et Santé de la première génération fut créé. Ce centre d'étude universitaire est un consortium d'universités flamandes et d'autres partenaires qui effectuent des recherches en matière environnementale et sanitaire, également pour appuyer la politique qui sera menée.

Le point focal Environnement et Santé première génération (2002-2006) a été à la base de la campagne de biomonitoring flamande et prévoyait un appui scientifique pour le réseau environnemental médical flamand. Un point focal deuxième génération (2007-2011) a ensuite réalisé un deuxième programme de biomonitoring au cours des années 2007-2011).

Programme flamand de biomonitoring humain et transposition de ses résultats dans la politique

Fin 2006, s'est achevé le premier cycle du programme flamand de biomonitoring humain (2002-2006). Le biomonitoring humain consiste à mesurer la présence (biomarqueurs d'exposition) et les effets pour la santé (biomarqueurs d'effet) de polluants chez l'être humain. Le biomonitoring humain constitue un instrument important pour mettre en œuvre et assurer le suivi d'une politique préventive et curative en matière d'environnement et de santé.

Dans le cadre du premier programme de biomonitoring humain, on a recruté de manière systématique par rapport à différents centres d'intérêt pour la Flandre, chaque fois typés selon une pression environnementale spécifique (p. ex. agglomérations urbaines, zones portuaires, zones industrielles, régions rurales, ...). Les biomarqueurs d'exposition et d'effet ont été mesurés dans le sang du cordon ombilical et dans les échantillons sanguins et d'urine de jeunes et d'adultes. Les taux de polluants mesurés dans les échantillons sanguins et d'urine étaient généralement inférieurs aux normes ou valeurs-cibles actuelles. Par contre, des différences individuelles importantes furent constatées dans les échantillons. La comparaison des données avec des études précédentes effectuées à l'étranger ne montra cependant pas de valeurs moyennes très différentes pour la Flandre.

Contrairement aux données environnementales mesurées, les données du biomonitoring humain sont difficiles à traduire immédiatement en mesures concrètes, à cause de l'intégration de facteurs environnementaux externes et de caractéristiques propres à la personne comme le mode de vie, les hobbies, les conditions d'habitat, ... L'utilisation des résultats du biomonitoring humain requiert donc des connaissances complémentaires et une concertation. C'est dans ce cadre qu'un plan par phases a été élaboré, pour traiter la multitude et la complexité des données de biomonitoring qui devenaient ainsi disponible de manière bien réfléchie. Ce plan doit aussi permettre d'évaluer la gravité sur le plan sanitaire des signaux identifiés, de rechercher les causes et, si nécessaire, d'élaborer une proposition de politique.

Le plan par phases a été appliqué comme projet pilote aux taux accrus de DDE pour les trois catégories d'âge dans les régions rurales et la zone industrielle du canal Albert. Sur la base du plan par phases pour le DDE, des mesures concrètes ont été proposées et exécutées comme notamment les recherches sur les voies d'absorption actuelles et historiques du DDT en Flandre et une action de collecte et de sensibilisation par rapport aux pesticides dans le cadre de la campagne "zonder is gezonder" (« c'est plus sain sans »). Un accord de coopération entre le Département LNE, la Vlaamse Milieumaatschappij (VMM – Association flamande pour l'environnement), l'Openbare Vlaamse Afvalstoffenmaatschappij (OVAM – Association publique flamande pour les déchets), l'Agence Soins et Santé (Contrôle de la Santé publique) et les Experts environnementaux médicaux des LOGOs a exécuté les actions.

En janvier 2007 a démarré le plan par phases intégré pour les autres polluants présentant des taux plus élevés dans le premier cycle de biomonitoring humain (2002-2006). Avec les pouvoirs publics, des experts en la matière et un jury composé notamment de groupements de la société civile, on vérifié pour quels polluants il fallait exécuter le plan par phases. Les études de cas suivantes furent approuvées à cet égard par les deux ministres compétents: *'dioxines, PCB et HCB dans les régions rurales'* et *'asthme à Gent et à Anvers'*. Pour ces deux études, un plan d'approche a été mis au point en 2008 en vue d'être soumis à l'approbation des deux ministres compétents.

Début 2007, le Point focal Environnement et Santé deuxième génération a entamé ses travaux de recherche en matière d'environnement et de santé jusqu'en 2011. Une partie importante de cette recherche concerne le programme de biomonitoring humain. Dans le courant de l'année 2007, le nouveau programme de biomonitoring a été mis au point avec les objectifs suivants: (i) créer une base de référence par rapport à la présence de polluants dans la population flamande, en ce compris le groupe sensible des enfants et (ii) monitorer ce que l'on appelle les "hot spots" (zones à risques à définir plus précisément). Pour déterminer la base de référence, on a proposé de prélever des échantillons sur trois groupes d'âge (nouveaux-nés, jeunes et adultes) dans toutes les provinces flamandes en étant attentif à de nouvelles substances apparues dans notre environnement au cours des dix dernières années et dont nous disposons de peu de données par rapport à l'exposition de l'être humain à celles-ci. Pour la sélection des "hot spots", on a commencé en 2007 à exécuter une procédure transparente et concertée à laquelle ont également participé des groupements représentant la société civile.

Outre l'aspect 'monitoring pur', le programme de biomonitoring donne aussi l'occasion de répondre à certaines questions que se posent encore les chercheurs et d'améliorer nos connaissances. Il combine donc des aspects de surveillance avec des aspects de recherche, ces derniers s'inscrivant dans des recherches particulières plus affinées par rapports aux marqueurs de particules fines et hormonaux.

de l'air :

La qualité de l'air est surveillée par un réseau de mesure géré par la Vlaamse Milieumaatschappij (VMM)

de l'eau :

A la suite de la directive du Conseil du 12 décembre 1991 (91/676/CEE) relative à la protection de l'eau contre **la pollution par des nitrates de sources agraires**, le plan d'action fumier a été instauré en Flandre. Son contrôle et son suivi sont confiés au service Banque de fumier (Mestbank) de la Vlaamse Landmaatschappij (société terrienne flamande) qui fait partie du domaine de compétence de l'Environnement. Le premier décret « fumier » du 23 janvier 1991 relatif à la protection de l'environnement contre la pollution par des engrais portait sur les années 1991 à 2006 inclus. Depuis le 1 janvier 2007, ce décret est remplacé par le décret du 22 décembre 2006 portant protection de l'eau contre la pollution par des nitrates de sources agraires. Ce dernier décret reprend toutes les dispositions de la directive nitrates, ce qui met la Flandre en parfaite conformité avec cette directive. Ces décrets, avec leurs arrêtés d'exécution sont disponibles sur le site de la société terrienne flamande à l'adresse :

<http://www.vlm.be/algemeen/Regelgeving/Mestbank/Pages/default.aspx>

Dans le cadre de l'article 10 de la directive nitrates, chaque Etat membre doit rédiger tous les 4 ans un rapport sur la situation en matière de mise en œuvre et de progrès de cette directive. Ce rapport a été envoyé en 2008 à la Commission européenne pour la période 2003-2007.

Autres législations européennes réglementant la pollution de l'eau:

- Directive eaux usées des villes – transposée dans la législation flamande par le VLAREM;
- Directive cadre Eau et directives filles normes de qualité de l'environnement en milieu aquatique (qui sera bientôt publiée au Journal Officiel) et directive sur l'eau souterraine.

Autres législations européennes relatives à l'eau par rapport à la santé publique:

- Directive eau potable;
- Directive eaux de baignade.

Ces législations européennes ont été entièrement transposées dans la législation flamande (décrets et arrêtés), notamment dans:

- le VLAREM Titre II;
- le décret de politique intégrale de l'eau du 18 juillet 2003 et ses arrêtés d'exécution;
- le décret relatif à l'eau destinée à un usage humain du 24 mai 2002 et ses arrêtés d'exécution.

Avec la VMM, le service de Contrôle de la Santé publique surveille la qualité des **eaux de baignade et de récréation** en plein air. Ce service doit également assurer un contrôle en vertu de l'arrêté légionellose et impose aux gestionnaires de systèmes « produisant des aérosols » auxquels les citoyens sont exposés dans des lieux accessibles au public qu'ils prennent des mesures de prévention de la maladie du vétéran parmi le public. *Arrêté du Gouvernement flamand du 9 février 2007 relatif à la prévention de la maladie du vétéran dans des lieux accessibles au public (MB 04/05/2007).*

du sol :

L'Inspection sanitaire flamande est l'instance qui peut conseiller sur le plan sanitaire pour les demandes de permis d'environnement dans le cadre de la législation du VlareM (*L'arrêté du Gouvernement flamand du 6 février 1991 portant fixation du règlement flamand relatif au permis d'environnement, ou VlareM I; l'arrêté du Gouvernement flamand du 1^{er} juin 1995 portant des dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène environnementale ou VlareM II-bis*);

Le service de Contrôle de la Santé publique est aussi chargé d'informer la population par rapport à une pollution éventuelle du sol et ses conséquences pour la santé, en organisant des campagnes d'information et de sensibilisation spécifiques avec des dépliants, des affiches, des réunions d'information et en répondant à des questions par téléphone, comme dans le cas notamment de la pollution au Cadmium dans le nord de la Campine et dans la région de Hoboken.

En 2009 a été constitué le groupe de pilotage "qualité de l'environnement Genk Sud", auquel 2 sous-groupes de travail (environnement et santé) ont été couplés. Ce groupe de pilotage assure un suivi de l'évolution, tant environnementale que sanitaire, dans la région et formule des propositions de politiques.

Le volet médico-environnemental a été abordé de 2 manières:

Avec le décret du 27 octobre 2006 relatif à l'assainissement et à la protection du sol (le décret du sol) et le nouvel arrêté d'exécution du 14 décembre 2007 (VLAREBO), un nouveau cadre a été créé pour la gestion du sol qui a aussi un impact sur l'eau souterraine. La nouvelle réglementation rendra la prévention de la pollution du sol plus efficace et intégrera mieux la lutte contre la pollution dans les processus des entreprises tout en remédiant à certains problèmes que posait la réglementation antérieure.

Ainsi, de nouvelles lignes de force ont été formulées par rapport à la gestion des risques ainsi qu'un chapitre sur les eaux souterraines et la protection du sol.

Le décret du 27 octobre 2006 relatif à l'assainissement et à la protection du sol définit un cadre pour une série de mesure de prévention et de protection par rapport à l'**amiante**. La procédure standard d'étude exploratoire du sol prévoit que l'on tienne également compte de la présence d'amiante comme substance suspecte éventuelle. Les résultats de ces études sont repris dans le registre d'information sur le sol de l'OVAM et se reflètent dans l'attestation du sol.

En 2004, en collaboration avec les administrations de Kapelle-op-den-Bos et Willebroek et avec l'entreprise Eternit, l'OVAM a lancé le projet "assainissement des tournures d'amiante-ciment". Au début de l'année 2008, l'OVAM acheva cette première phase avec succès. Ainsi, sur 461 parcelles de particuliers, des tournures d'amiante-ciment furent enlevées. Plus de 33.000 tonnes de tournures d'amiante-ciment ont été déterrées et évacuées vers une décharge agréée de l'OVMB. La première phase a montré qu'il fallait absolument trouver une solution à la problématique des tournures d'amiante-ciment sur les terrains communaux. En outre, il semble qu'elles soient présentes chez les particuliers dans un plus grand nombre de communes. Pour y répondre, l'OVAM lancera en novembre 2008 un deuxième projet unique "assainissement des tournures en amiante-ciment". Dans ce projet suivant, l'OVAM commencera par lancer une campagne de grande envergure dans quelque 27 communes.

Le plan d'exécution 'utilisation de matériaux respectant l'environnement et gestion des déchets dans la construction', tel qu'approuvé le 7 juillet 2007 (M.B. 22 août 2007), prévoit un programme d'action spécifique avec une série de mesures en vue d'instaurer une politique de démolition réellement sélective (pour l'amiante également) et de rendre obligatoire un devis de démolition à partir de travaux de démolition d'une certaine ampleur.

Le nouveau projet du plan d'exécution d'une 'gestion des déchets ménagers justifiée sur un lan environnemental' prévoit aussi (programma d'action 7, action 2) que les déchets contenant de l'amiante lié et des KGA doivent être collectés dans un parc à conteneurs aux frais de la commune (faible seuil).

Récemment, les critères de déversement des déchets ont été adaptés dans le VLAREM II afin de correspondre aux dispositions du Règlement européen 2003/33/CE. Il contient aussi des mesures contre la propagation des fibres. Les déchets composés de matériaux de construction contenant de l'amiante dans lesquelles une forme de fibres d'amiante lié est présente peuvent être évacués vers des décharges agréées pour les déchets dangereux (les décharges de catégorie 1) et les décharges pour déchets non dangereux (les décharges de catégorie 2), ainsi que dans les décharges agréées pour les déchets inertes (lors décharges de catégorie 3), moyennant le respect de certaines conditions bien définies conformément à la législation adaptée du VLAREM.

par le bruit:

La réglementation instaurée depuis 2005 par rapport au bruit est la transposition du RL 2002/49/CE relatif au bruit ambiant (arrêté du Gouvernement flamand du 22.07.2005). Nous y avons déjà fait référence sous le titre 1) Au niveau fédéral du premier rapport de la Belgique (cycle XVIII-2),

- Contribution du SPF Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et l'environnement, question B, point c, protection contre le bruit;
- Contribution du SPF Mobilité et Transport, question B, Rail.

L'exposition au bruit, notamment aux abords de l'aéroport national est suivie par un réseau de mesure sonore (une quinzaine de postes de mesure) géré par le Département LNE. Les résultats peuvent être consultés sur le site Internet www.milieuhinder.be.

hygiène de l'habitat

La protection de la population contre les influences de la pollution de l'environnement intérieur est l'une des missions du service de Contrôle de la Santé publique qui conseille les particuliers les autorités locales concernant une qualité de l'air intérieur susceptibles de provoquer des troubles de santé et cela dans le cadre de d'arrête relatif à l'environnement intérieur, ainsi qu'en prenant des mesures de protection des utilisateurs de lieux accessibles au public (écoles, bibliothèques, etc.) contre les environnements intérieurs susceptibles de rendre malade. *Arrêté du Gouvernement flamand du 11 juin 2004 portant des mesures de lutte contre les risques pour la santé du fait de la pollution de l'environnement intérieur (MB 19/10/2004)*

Une campagne d'information et de sensibilisation générale est aussi menée par rapport à « l'habitat et la santé ».

Information sur l'amiante:

Le composant amiante tombe dans le champ d'application de l'arrêté sur l'environnement intérieur. Depuis 1998, on ne peut plus utiliser aucun type d'amiante dans notre pays. L'utilisation d'amiante injecté est interdite depuis 1980 déjà. La Flandre impose une valeur d'intervention de 0,1 fibre/cm³ dans le cadre de l'arrêté sur l'environnement intérieur.

La lutte contre les émissions d'amiante et les déchets d'amiante est réglementée par la législation en matière d'environnement (VLAREM II - Vlaams reglement houdende bepalingen inzake milieuhygiëne ou Règlement flamand portant des dispositions en matière d'hygiène de l'environnement) et ne constitue pas une compétence de la Communauté flamande en tant que telle mais bien de la Région flamande et est coordonnée par LNE et OVAM.

En ce qui concerne la prévention de maladies (= Communauté flamande), dans le cas de l'amiante, c'est lié à l'exposition à des fibres d'amiante. Pour une exposition dans un logement ou dans un local accessible au public, c'est l'arrêté sur l'environnement intérieur qui s'applique en Flandre. Le désamiantage de ces lieux est par contre réglé par le VLAREM II, pour les particuliers également.

Pour les particuliers, le Vlarem II prévoit des conditions générales (Art. 6.4.0.1), ainsi, les émissions d'amiante dans l'environnement doivent être réduites et prévenues à la source ; des fibres ne peuvent être libérées lors du transport, du chargement et du déchargement des déchets ; en cas de démolition de bâtiments et d'évacuation de l'amiante, celui-ci ne peut se répandre dans l'environnement.

lutte contre l'alcoolisme :

Le plan d'action flamand contre le tabac, l'alcool et les drogues 2009-2015 a été rédigé pour atteindre l'objectif sanitaire et réduire ainsi les dégâts dus au tabac, à l'alcool et aux drogues. Ce n'est possible qu'en réduisant la consommation de ces substances par la population entière. Au plan individuel, nous essayons de faire en sorte que les gens ne commencent pas à les consommer ; que la première consommation soit reportée autant que possible ; que les gens qui ont déjà consommé n'en fasse pas une habitude ; que les gens qui consomment déjà régulièrement s'arrêtent ; que les gens qui consomment déjà limitent autant que possible les dommages pour eux-mêmes et pour leur entourage.

La manière dont ces objectifs sont poursuivis varie selon les substances.

Pour exécuter la politique en matière de consommation de substances, les autorités flamandes ont conclu une convention (2006-2010) avec l'Association pour les problèmes d'alcool et d'autres drogues (<http://www.vad.be>). On peut citer parmi les autres partenaires au sens large, le Vigez, la Ligue flamande contre le Cancer, Concrete et les Logos.

« **Alcohol bekijk het eens nuchter** » informe et sensibilise à propos d'une consommation consciente et critique de l'alcool.

- **Partywise** est une campagne qui s'adresse aux jeunes et à la consommation de grogue (notamment l'alcool) lors de sorties. Cette campagne fait partie d'une stratégie de prévention plus large vis-à-vis des intermédiaires dans le secteur de la vie nocturne.
- **La « druglijn » (Ligne d'info-drogues)**: sites Internet et ligne téléphonique où la population peut obtenir des réponses à des questions concernant l'alcool et les drogues. www.druglijn.be tel: 078151020
- **« Drugs in beweging » (Les drogues en mouvement)** est un site (www.drugsinbeweging.be) et un accord de coopération entre le VAD et les organisations qui chapeautent les mouvements de jeunesse flamands. Ce site a été évalué en 2004.

Lutte contre le tabagisme :

La politique flamande de prévention dans le domaine du tabac est exécutée par l'Institut flamand de promotion de la santé (VIGEZ), les réseaux locaux et régionaux de concertation et d'organisation de la santé (LOGOs), La Ligue flamande contre le Cancer (VLK), l'association scientifique de médecins généralistes flamands (WVVH).

Domaines de résultats repris dans la convention du VIGEZ:

- développer, valider et mettre en œuvre des concepts, méthodiques et instruments de travail ayant un fondement scientifique,
- soutenir leur mise en œuvre,
- évaluation et suivi de la qualité des projets,
- information, avis et formation.

L'action du VIGEZ s'étend à l'ensemble du territoire de la Flandre et Bruxelles.

Pour la mise en œuvre des méthodiques définies dans le domaine du tabac, le VIGEZ fait appel aux LOGOs (voir ci-avant). Les données enregistrées par les LOGOs montrent qu'environ un cinquième des activités concerne la prévention du tabac. Trois sur quatre sont davantage axées sur l'information et l'éducation, tandis qu'un

sixième porte plutôt sur l'environnement. Les groupes-cibles étaient principalement les enfants et les jeunes, le milieu le plus concerné étaient les écoles.

Domus Medica a la forme juridique d'une asbl qui, en tant qu'associations de médecins affiliés, a pour mission d'encourager et de soutenir les aspects scientifiques, sociaux et éthiques de la médecine générale dans toute la Flandre.

Lutte contre la toxicomanie :

Dans le cadre de la prévention de l'alcool, des drogues, des médicaments et du jeu, la Communauté flamande subsidie l'association pour l'alcool et autres problèmes de drogues (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen ou VAD) et les travailleurs actifs en matière de prévention de la toxicomanie au sein des Centres de soins de santé mentale (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg ou CGG).

Domaines de résultats figurant dans la convention:

- encourager l'expertise (information, conseil et formation),
- coordination entre acteurs au niveau local et de l'ensemble de la Communauté,
- développer, valider et promouvoir des concepts, méthodiques et instruments de travail ayant un fondement scientifique,
- soutenir la mise en œuvre de ces méthodiques et instruments,
- opérationnaliser un concept flamand de prévention de la consommation de substances en vue de favoriser l'intégration dans les secteurs sociaux et dans le secteur de l'alcool et de la drogue.

L'action du VAD s'étend à l'ensemble du territoire de la Flandre et Bruxelles.

Pour la mise en œuvre des méthodiques définies, le VAD fait appel aux travailleurs de la prévention des CGG. Inversement, ceux-ci peuvent faire appel au VAD pour toutes sortes de formes de soutien, pratiques ou plus fondamentales. Cette relation privilégiée est inscrite dans un protocole de coopération entre le VAD et les CGG concernés et le Ministre flamand du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille.

20 CGG se sont vu confier une mission de prévention pour l'ensemble de la Flandre.

Chacun de ces CGG couvre une région bien définie de Flandre. Ensemble, ces travailleurs de la prévention sont actifs sur l'ensemble du territoire flamand et à Bruxelles.

Depuis la fin 2002, la Communauté flamande participe à deux structures de concertation dans le domaine de la consommation de substances: la Cellule politique sanitaire en matière de Drogues (Cel Gezondheidsbeleid Drugs ou CGD) d'une part, et la Cellule générale Drogues (Algemene Cel Drugs ou ACD) d'autre part. Dans ces deux structures, les différents ministres (au niveau fédéral, communautaire et régional) essaient de mener une politique coordonnée en matière de drogues. La CGD est opérationnelle depuis trois ans déjà, tandis que l'ACD ne l'est pas encore, mais entamerait ses activités cette année. Ces engagements sont confirmés respectivement dans un protocole de coopération (CGD) et dans un accord de coopération (ACD).

Lutte contre la transmission de maladies sexuellement transmissibles.

La politique flamande en matière de prévention des MST entre dans le cadre d'une politique générale dans le domaine de la santé sexuelle.

Les efforts actuels de la Communauté flamande en ce qui concerne l'approche de la prévention de la transmission de MST sont conformes aux directives internationales d'organisations comme UNAIDS et l'Organisation mondiale de la Santé. La Communauté flamande assure un suivi permanent de leurs activités.

La politique de prévention visant à prévenir la transmission des MST (maladies sexuellement transmissibles), en ce compris le VIH/SIDA, constitue une préoccupation majeure. Les différentes organisations avec lesquelles la Communauté flamande a conclu des conventions ou des contrats de gestion en vue de favoriser la santé sexuelle, sont actives en permanence en étant particulièrement attentives à la prévention des MST. Les

signataires de conventions qui sont subsidiés autour du thème de la santé sexuelle sont décrits dans la suite de la présente note. La méthode utilisée, c'est-à-dire la signature de conventions, est ratifiée par le décret relative à la politique de santé prévention du 21 novembre 2003 par lequel la Communauté flamande a voulu davantage canaliser la politique en matière de prévention de comportements malsains et d'encouragement d'un comportement sain.

Les organisations actives dans le domaine de la prévention de la transmission des MST et du VIH/SIDA sont Sensoa, l'ITG Pasop et GH@pro. Leurs activités ont déjà été décrites en détail par ailleurs dans ce rapport (voir sous PAR. 1, Question B: santé génésique).

Lutte contre les accidents

Réglementation: la prévention des accidents est l'un des cinq objectifs sanitaires définis en 1998: *"Le nombre d'accidents mortels dans le domaine privé et la circulation doit diminuer de 20 %"*

En vue de prévenir les accidents dus à des chutes chez les personnes âgées vivant à la maison, entre 2002 et 2008, plusieurs initiatives ont été lancées en Flandre, dont deux grands courants: Mesures pour toutes les personnes de plus de 65 ans vivant à domicile (que l'on appelle aussi la prévention de chutes primaire ou BOEBS - "Blijf Op Eigen Benen Staan" – « Reste sur tes propres jambes ») (Van Laeken, 2003) et Mesures pour les personnes âgées à haut risque vivant à domicile (que l'on appelle aussi la prévention de chutes secondaire ou UNIFORME AANPAK - APPROCHE UNIFORME) (Milisen et al., 2009).

Une circulaire ministérielle du 18 mars 2003 a inclus la 'prévention des chutes chez les seniors vivant à leur domicile' comme un indicateur obligatoire pour les Logos. Cela implique que la prévention des chutes chez les seniors vivant chez eux constitue une priorité dans la politique de prévention des accidents.

Organisation: les autorités flamandes ont conclu une convention avec l'Institut flamand de promotion de la santé en vue d'exécuter la politique en matière de prévention des accidents. Le VIGEZ est chargé de mettre au point les méthodiques en matière de prévention des accidents. Les Logos utilisent ensuite ces méthodiques dans leur travail dans les différents cadres et avec les différents groupes-cibles.

Pour une information générale sur les activités du VIGEZ en ce qui concerne la prévention des accidents

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

- En 2005-2007, quelque 33 communes se sont inscrites dans le projet 'Blijf Op Eigen Benen Staan'. Ce projet BOEBS en matière de prévention des chutes primaire chez les personnes âgées a été lancé en 2003-2004 par le VIGEZ. Il s'agit d'un projet « communautaire » dans lequel les Logos jouent un rôle de coordination. Une série d'actions préventives sont organisées au niveau de la communauté en vue de prévenir les chutes chez les seniors.

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

- En 2007 la Katholieke Universiteit Leuven a entamé la mise en œuvre d'une approche uniforme de la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à la maison et présentant un risque accru. Celle-ci vise à sensibiliser les personnes âgées et leur entourage sur le plan du risque de chutes sur la base d'un dépliant et d'une liste d'auto-évaluation. Le dépliant est réalisé en collaboration notamment avec le VIGEZ et les Logos. Pour la mise en œuvre des méthodiques, des référents SIT sont formés pour former à leur tour des travailleurs de la santé selon le principe de « train the trainer » en vue d'appliquer une approche uniforme dans toute la Flandre.

<http://www.valpreventie.be>

- Fin 2007, les autorités flamandes ont subsidié l'asbl De Blauwe Hond (Le chien bleu) en vue de développer et de diffuser un dossier préventif poursuivant un double objectif: d'une part, apprendre aux parents à évaluer le risque que représente la présence de chien près de jeunes enfants ; d'autre part, apprendre aux enfants comment se comporter avec un chien en toute sécurité. Pour pouvoir toucher les groupes-cibles et s'adapter par rapport aux autres

stratégies en matière de prévention des accidents chez les enfants, l'association collabore avec le VIGEZ.

<http://www.blauwehond.be>

- La maison Greet Rouffaerhuis a réalisé en 2007 un manuel de prévention pour la prévention des brûlures chez les enfants à partir de 5 ans. Ce matériel est distribué dans les écoles flamandes.
- Les mutualités chrétienne, socialiste, libérale et indépendante reçoivent chaque année un subside des autorités flamandes en guise de soutien à leur service de prévention. Ces mutualités ont mené quelques actions en matière de prévention des accidents en 2005-2007: Voici quelques exemples de brochures et dépliant:
 - doorheen het verkeer: een gids voor papa's en mama's (dans le trafic : un guide pour les papas et les mamans)
 - fietshelm op, slimme kop (mets ton casque, c'est plus malin)
 - gif in huis (du poison à la maison)
 - CO-vergiftiging (intoxication au CO)
- Le 5 décembre 2008, le Gouvernement flamand a approuvé la convention entre la Communauté flamande et le Centre d'expertise en prévention des chutes de Flandre (EVV) pour la période du 1^{er} novembre 2008 au 31 décembre 2010 inclus, et prolongé par la suite jusqu'au 31 décembre 2011. Le 16 décembre 2011, le Gouvernement flamand a approuvé le contrat de gestion pour la subsidiation et l'agrément du Centre d'expertise en prévention des chutes et fractures de Flandre (EVV) en tant qu'organisation partenaire pour la prévention des chutes et des fractures chez les personnes âgées. Ce contrat de gestion entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et court jusqu'au 31 décembre 2016 inclus.

1.1.2. En Communauté française et germanophone

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse de plus amples informations sur le contrôle de la qualité de l'air dans la Communauté française et la Communauté germanophone.

La Fédération Wallonie-Bruxelles tient à signaler que le contrôle de la qualité de l'air n'est pas une compétence communautaire mais bien une compétence régionale.

La Communauté germanophone n'est pas compétente pour le contrôle de la qualité de l'air. Ces mesures sont réalisées par la Région wallonne. Cependant, la Communauté germanophone organise chaque année une campagne de prévention « ozone et vague de chaleur » en collaboration avec le Fédéral et les autres entités fédérées. Cette campagne résulte du plan national « Pic d'ozone et vague de chaleur » mis en place suite l'été 2003 où des vagues de chaleurs intenses avaient été observés, accompagnés d'hospitalisation et de décès importants. La campagne comporte différents aspects :

- une sensibilisation des groupes à risque (personnes âgées, patients souffrant de maladies chroniques, les jeunes enfants) par l'intermédiaire de brochures et d'affiches distribués à des points stratégiques : maison de repos, médecins traitants, pharmacie, service d'aide à domicile, ONE,...
- l'information par la presse (journal local et radio) lorsque les valeurs seuils sont franchies
- un spot radio diffusé lors de vague de chaleur et de pic d'ozone reprenant des mesures préventives et recommandations simples

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande quelles sont les mesures adoptées quant au contrôle de la qualité de l'air dans la communauté germanophone.

La pollution de l'eau et les règles régissant le désamiantage sont également des compétences de la Région wallonne. En 2009-2010, les communes de la Communauté germanophone ont lancé une campagne de sensibilisation sur le radon avec la possibilité pour les citoyens d'acquérir un appareil de mesure pour évaluer leur exposition au radon. Des séances d'information sur les nuisances du radon ainsi que sur les mesures préventives ont été organisées dans chaque commune.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse de plus amples informations sur les mesures prises par les autorités des communautés germanophone et francophone pour limiter le nombre d'accidents, de chutes de personnes âgées et d'agressions d'enfants par des chiens et pour prévenir les brûlures chez les enfants.

1.1.3. En communauté germanophone

En ce qui concerne la prévention des chutes des personnes âgées, les agressions d'enfants par des chiens et la prévention des brûlures d'enfants : aucune mesure bien spécifique n'existe.

Cependant les services d'aide à domicile ainsi que la centrale de coordination des services d'aide et de soins à domicile sensibilisent les personnes âgées lors de leur visite et aide à domicile. D'autre part le « Dienst für Kind und Familie » ,dans le cadre de son travail médico-social à domicile, est attentif aux animaux présents et y sensibilise les parents, de même que les risques d'accidents domestiques en ce compris évidemment les brûlures.

A ce niveau une brochure de sensibilisation existait pour les parents et elle est en cours de transformation pour être rééditée.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les règles régissant le désamiantage des bâtiments, y compris les habitations privées.

1.1.3. En Région Wallonne

En Région wallonne, l'Institut Scientifique de Services Publics (ISSEP) ne se charge que de l'établissement des inventaires et de l'analyse des matériaux suspects (laboratoire agréé par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale) avant les interventions de désamiantage éventuelles.

L'ISSEP n'intervient que très ponctuellement sur des chantiers de désamiantage et ce pour vérifier si celui-ci a été effectué correctement et qu'il n'y a plus de produits amiantés et de fibres dans l'air et/ou poussières.

L'ISSEP n'intervient jamais dans la gestion administrative, sanitaire et législative dans les chantiers de désamiantage. De même, leurs seules références sur la thématique « amiante » sont les informations issues du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (notamment les Arrêtés Royaux régissant les inventaires).

Article 12 – Droit à la sécurité sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties contractantes s'engagent :

1. à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale ;
2. à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du travail (n° 102) concernant la norme minimum de la sécurité sociale ;
3. à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut ;
4. 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 contractantes 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 contractantes ;
 - 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 contractantes.

Paragraphe 1 – Existence d'un système de sécurité sociale

1. Evolution depuis le dernier rapport

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur des données chiffrées en pourcentage concernant la couverture de la population pour toutes les branches de la sécurité sociale, afin de déterminer si une proportion importante de la population totale et/ou active jouit, en Belgique, d'un droit effectif à la sécurité sociale pour ce qui est des prestations prévues.

1. SOINS DE SANTE

Intervention majorée des enfants handicapés

Arrêté royal du 11 mars 2008 modifiant l'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. 22 avril 2008, 3^{ème} Ed.)

Cet arrêté modifie entre autre l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 en vue d'octroyer un droit absolu à l'intervention majorée aux enfants handicapés (atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%).

Diminution tickets modérateurs fournitures pharmaceutiques

Arrêté royal du 27 mars 2008 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. 31 mars 2008, Ed. 2)

Il est prévu une diminution de plusieurs plafonds de tickets modérateurs de spécialités pharmaceutiques.

La diminution porte sur les plafonds des tickets modérateurs qui sont applicables lorsque, au sein d'un groupe de spécialités ayant un même code ATC (4^e niveau), il y a eu au moins une copie ou un générique remboursable.

Cette mesure vise en fait à ce que les patients qui se voient prescrire une spécialité d'une classe thérapeutique avec un générique ne supportent pas un coût plus important que s'il s'agissait d'une classe thérapeutique sans générique.

Pansements actifs malades chroniques

Arrêté royal du 6 avril 2008 modifiant la liste annexée à l'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. 18 avril 2008, 2^{ème} Ed.)

Extension de la liste des pansements actifs pris en considération pour une intervention dans le cadre des mesures pour les bénéficiaires qui souffrent de plaies chroniques.

Forfait palliatif

Arrêté royal du 9 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile 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. (M.B. 4 juin 2008)

L'intervention forfaitaire pour les médicaments, le matériel de soins et les dispositifs destinés aux patients palliatifs à domicile est pour la première fois indexée au 1^{er} janvier 2008 soit un montant de 491,22 EUR (au lieu de 483,39 EUR montant non indexé).

Initiatives dentaires

Arrêté royal du 26 mai 2008 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de 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. 30 mai 2008, Ed. 2)

Arrêté royal du 26 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires (M.B. 30 mai 2008, Ed. 2)

Arrêté royal du 26 mai 2008 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (M.B. 30 mai 2008, Ed. 2)

Parmi les initiatives dentaires, on peut citer :

- la mesure en matière de continuité pour le détartrage : hausse de la valeur du code d'enregistrement,
- la révision globale de la nomenclature avec alignement des limites d'âges sur le 15^{ème} anniversaire,
- les mesures concernant la réintroduction des extractions dentaires (extractions de dents chez les enfants jusqu'à leur 15e anniversaire, extensions des extractions de dents définitives, extractions de dents pour des bénéficiaires qui satisfont à certaines indications médicales...),
- l'examen buccal annuel : hausse de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal annuel qui passe du 56^{ème} au 57^{ème} anniversaire,
- Etc.

Maladie coeliaque

Arrêté royal du 28 mai 2008 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 affection 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 certains produits d'alimentation particulière. (M.B. 12 juin 2008)

Le montant mensuel du forfait accordé aux bénéficiaires atteints de la maladie coeliaque est augmenté pour passer de 19 EUR à 38 EUR.

Kinésithérapie – Diminution de tickets modérateurs

Arrêté royal du 12 juin 2008 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. 25 juin 2008)

Dans le but de rendre plus accessible la kinésithérapie, le ticket modérateur d'un certain nombre de prestations a été diminué de 4,5% en moyenne.

Forfait maladie chronique

Arrêté royal du 13 juin 2008 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. 1^{er} juillet 2008).

- L'intervention forfaitaire pour malades chroniques est doublée, soit 523,94 EUR pour les bénéficiaires qui, pour une période d'au moins 3 mois, bénéficient d'un accord du médecin-conseil pour un traitement de soins infirmiers donnant lieu au paiement d'honoraires forfaitaires dits forfaits B ou C ;
- L'intervention forfaitaire est augmentée de 50%, soit 392,96 EUR pour les bénéficiaires qui satisfont aux conditions permettant l'octroi de l'allocation d'intégration ou de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, pour les personnes avec un handicap dont le degré d'autonomie a été fixé à 12 points au moins, ainsi que pour les bénéficiaires en incapacité de travail bénéficiant d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne.

Frais de déplacement parents et tuteurs légaux

Arrêté royal du 30 juin 2008 modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 34, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 14 juillet 2008).

L'intervention de l'assurance est calculée sur la base de la distance entre l'hôpital et le domicile de l'enfant, cependant, l'intervention est limitée à 75 EUR maximum par jour.

Loi santé

Loi du 19 décembre 2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (I et II) (M.B. 31 décembre 2008)

Les modifications apportées par cette loi sont notamment les suivantes :

- Accessibilité aux soins de santé : à partir du 1^{er} janvier 2008, un droit aux soins de santé est créé en faveur de tous les enfants MENA. Ainsi, une nouvelle catégorie de bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé est créée : il s'agit des enfants de titulaires mineurs étrangers non accompagnés qui sont à leur charge ;
- Intervention dans les frais de déplacement des parents ou des tuteurs d'un enfant souffrant d'un cancer : l'intervention dans les frais de déplacement des parents ou des tuteurs d'un enfant souffrant d'un cancer est désormais calculée sur la base de la distance qui sépare le domicile de l'enfant de l'hôpital ;
- Transport en ambulance : création de la base légale pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport par ambulance (service 100) ;

Prothèses capillaires

Arrêté royal du 19 décembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Il s'agit d'exécuter le point 18.2 du plan national cancer qui prévoit une revalorisation du remboursement de certains coûts liés aux traitements anticancéreux : - augmentation de l'intervention de l'assurance soins de santé de 120 à 180 EUR pour une calvitie totale suite à une radiothérapie et/ou une chimiothérapie antimitotique, - augmentation de l'intervention de 180 à 270 EUR pour une alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique.

Loi programme

Loi programme du 22 décembre 2008 (M.B. 29 décembre 2008).

Cette loi apporte des modifications concernant notamment l'intervention personnelle prise en compte pour l'application du maximum à facturer : - suppression de la référence à la contribution perçue dans les services d'urgence sur base de la loi sur les hôpitaux, - prise en compte de l'intervention personnelle pour les radio-isotopes et pour l'oxygène médical pour le calcul du maximum à facturer, - adaptation des références pour les autres spécialités pharmaceutiques afin qu'elles ne renvoient plus qu'à la loi, - amélioration du maximum à facturer pour certaines catégories particulières de bénéficiaires en référence au plan malades chroniques (diminution de la pression financière sur les revenus des ménages dont un membre est atteint d'une affection chronique), - prise en compte dans le maximum à facturer de l'intervention personnelle pour les vaccins antigrippe (spécialités classées en catégorie Cx)(intégration du ticket modérateur pour le vaccin antigrippe), - création d'une base légale pour le forfait médicaments des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques (intégration des médicaments MSP), - harmonisation de la notion de ménage dans le cadre du maximum à facturer social avec la notion de ménage dans le cadre de la mesure de l'intervention majorée après la réforme subie en 2007 (ainsi seuls les bénéficiaires de l'intervention majorée peuvent bénéficier d'une intervention à 100% lorsque le plafond de 450 EUR est atteint, - introduction d'un maximum à facturer en faveur des malades chroniques afin de diminuer la pression financière sur les revenus des ménages dont un membre est atteint d'une affection chronique.

Cette loi prévoit également d'autres modifications notamment en matière de médicaments : - blocage des prix des médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables (du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2009) afin de limiter les hausses de prix et de contribuer à la maîtrise des dépenses de soins de santé et à la protection du patient, - utilisation plus ciblée du système de prescription de médicaments bon marché (économie à réaliser et amélioration de l'accès aux soins de santé en encourageant la prescription de d'avantage de copies, génériques ou originaux ayant subi une baisse de prix), - extension du remboursement de référence par une diminution complémentaire de 2,5% des bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles un remboursement de référence est d'application depuis au moins deux ans.

Revalorisation du forfait soins palliatifs

Arrêté royal du 12 février 2009 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'intervention forfaitaire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile passe de 491,22 EUR à 564,91 EUR. Il s'agit d'exécuter une des initiatives du plan cancer qui consiste à augmenter de 15% le forfait accordé à des patients en fin de vie.

Intervention pour le transport en ambulance

Arrêté royal du 26 avril 2009 portant exécution de l'article 34, alinéa 1er, 28°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B 8 mai 2009).

Une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport urgent des malades est octroyée à concurrence de 33% des tarifs prévus. Cette intervention est octroyée indépendamment du moyen de transport. Le ticket modérateur à charge du patient n'entre pas dans le cadre du MâF.

Insuffisance rénale chronique – intervention forfaitaire

Arrêté royal du 4 mai 2009 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3° 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 enfants qui souffrent d'insuffisance rénale chronique (M.B. 18 mai 2009).

L'assurance obligatoire soins de santé accorde une intervention forfaitaire de 30 EUR par mois pour un groupe déterminé d'enfants souffrant d'insuffisance rénale chronique et ayant besoin de produits pour une alimentation diététique spéciale. Le droit au forfait prend fin lorsque l'enfant qui en bénéficie atteint l'âge de 18 ans.

Intervention majorée des MENA

Arrêté royal du 11 mai 2009 modifiant l'arrêté royal du 1er 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. 29 mai 2009)

Cet arrêté royal octroie un droit automatique à l'intervention majorée aux mineurs étrangers non accompagnés bénéficiant du droit aux prestations de santé en vertu de l'article 32, alinéa 1^{er}, 22° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (les MENA ne pouvaient pas bénéficier de ce statut puisqu'ils ne pouvaient être inscrits au Registre national).

Plafonds de tickets modérateurs spécialités pharmaceutiques

Arrêté royal du 18 mai 2009 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 3 juin 2009)

Les plafonds des tickets modérateurs augmentés des catégories de remboursement B et C qui sont d'application pour les classes thérapeutiques de médicaments pour lesquelles des alternatives génériques existent (niveau classe ATC-4) sont supprimés.

Octroi de l'intervention majorée aux militaires en retrait temporaire d'emploi

Arrêté royal du 19 mai 2009 modifiant l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er 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. 11 juin 2009)

Les militaires placés en retrait temporaire d'emploi pour motif de santé sont assimilés à des invalides, pour l'octroi de l'intervention majorée, lorsque cette période atteint un an.

Plan « Cancer » et plan « Malades chroniques »

L'accord de Gouvernement prévoit, pour la période 2008-2010, qu'un programme budgétaire pluriannuel global, dans une enveloppe maximale de 380 millions EUR est consacré à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins au bénéfice des patients atteints d'un cancer et des malades chroniques afin de rencontrer des besoins spécifiques insuffisamment couverts aujourd'hui.

Intervention personnelle des enfants dans les consultations de médecine générale

Arrêté royal du 29 août 2009 modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 21 septembre 2009).

Arrêté royal du 29 août 2009 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 de certaines prestations (M.B. 21 septembre 2009).

Le ticket modérateur de la visite à domicile aux enfants jusque l'âge de 10 ans est limité à 2 fois le ticket modérateur d'une consultation de médecin de médecine générale (code 101010) ou de médecin généraliste agréé (code 101032). Pour les visites à domicile pour lesquelles l'urgence est incluse dans les codes en question, le plafond est augmenté du ticket modérateur pour le supplément d'urgence correspondant.

Sevrage tabagique

Arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique (M.B. 15 septembre 2009)

Une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé est prévue pour l'assistance au sevrage tabagique. Celle-ci est de 30 EUR maximum par séance pour un maximum de 8 séances par grossesse, soit un total de 240 EUR. L'intervention forfaitaire pour l'accompagnement au sevrage tabagique est élargie à tout le monde toutefois, elle ne couvre qu'un maximum de 8 séances par période de deux ans pour un montant maximum de 170 EUR (soit 1 x 30 EUR puis 7 x 20 EUR).

Statut OMNIO pour les situations digne d'intérêt

Arrêté ministériel du 3 septembre 2009 portant exécution de l'article 48, § 2, de l'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. 8 septembre 2009).

Pour rappel, l'arrêté instaurant le statut OMNIO prévoit la possibilité de définir des situations dignes d'intérêt dans lesquelles le droit ne serait pas retiré rétroactivement et ce, en vue de protéger les ménages qui auraient commis de bonne foi une erreur dans l'évaluation de leurs revenus ou dont la situation se serait fortement détériorée entretemps. Peuvent désormais être considérés dans une situation digne d'intérêt, les ménages dont les revenus de l'année qui précède celle de la souscription de la déclaration sur l'honneur dépassent le plafond de revenus applicable à ce ménage de maximum 5%, pour autant que ce dépassement soit le résultat d'erreurs d'évaluation.

Vaccination grippe A/H1N1

Arrêté royal du 29 octobre 2009 modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 6 novembre 2009).

Arrêté royal du 29 octobre 2009 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 de certaines prestations (M.B. 6 novembre 2009).

La consultation ou la visite pendant laquelle le médecin généraliste procède à la vaccination contre la grippe A/H1N1 ne fait l'objet d'aucune quote-part personnelle, aussi bien pour les assurés « ordinaires » que pour les assurés bénéficiaires du régime préférentiel.

Intervention majorée de l'assurance

Loi programme du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. 31 décembre 2009).

Création de deux nouvelles catégories de personnes qui peuvent bénéficier de l'intervention majorée : les chômeurs de longue durée et les familles monoparentales. Ces catégories de personnes pourront bénéficier de l'intervention majorée suivant les conditions de l'intervention majorée dite classique. La limite d'âge qui concernait auparavant les chômeurs est donc supprimée. Un arrêté royal devrait être publié prochainement.

Honoraires forfaitaires dits forfaits B

Loi programme du 23 décembre 2009 (M.B. 30 décembre 2009)

Nouvelle diminution de l'intervention personnelle de 5% pour les patients bénéficiant d'un forfait B (patients lourdement dépendants).

Suppléments hospitaliers

Loi programme du 23 décembre 2009 (M.B. 30 décembre 2009)

La possibilité pour les hôpitaux de facturer aux patients des suppléments pour les séjours en chambre de deux patients est supprimée. L'hôpital ne peut donc plus facturer de suppléments de chambre au patient que pour les séjours en chambre individuelle.

Observatoire maladies chroniques

Arrêté royal du 11 février 2010 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 l'Observatoire des maladies chroniques (M.B. 26 février 2010, Ed. 2).

Un observatoire des maladies chroniques a été institué par la loi programme du 22 décembre 2008. La composition et les règles de fonctionnement de l'observatoire sont désormais fixées. Par ailleurs, le Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour les maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques devient la section scientifique de l'observatoire et sa composition est étendue aux représentants des soins de première ligne.

Maximum à facturer malades chroniques

Arrêté royal du 22 mars 2010 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du Chapitre III bis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 2 avril 2010)

Cette mesure fait partie du plan du gouvernement en faveur des malades chroniques. Elle prévoit que les plafonds de tickets modérateurs existants sont, pour l'année pour laquelle le droit au maximum à facturer est examiné, diminué d'un montant de 100 EUR, pour les ménages dont un membre a supporté durant chacune des deux années civiles précédentes 450 EUR d'intervention personnelles. La condition qu'un même membre ait supporté 450 EUR de tickets modérateurs durant deux années consécutives est un indicateur de la chronicité des dépenses médicales.

La mesure s'applique tant pour le maximum à facturer revenus que le maximum à facturer social ainsi que pour l'enfant de moins de 19 ans qui doit avoir supporté 650 EUR pour bénéficier du maximum à facturer (à titre individuel).

Assurance maladie complémentaire : mise en conformité de la loi belge

Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (M.B. 28 mai 2010)

Cette loi vise à adapter la législation belge à la suite de l'avis motivé de la Commission européenne qui estime que les mutualités et les autres entités mutualistes qui entrent en concurrence avec les entreprises d'assurances sur le marché des assurances maladies complémentaires doivent également respecter les directives assurances en dommages 73/239/CEE (première directive assurances non-vie) et 92/49/CEE (troisième directive assurances non-vie).

Intervention majorée – bénéficiaires du Fonds mazout

Loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. 2 juin 2010) et arrêté royal du 22 mars 2011 modifiant l'arrêté royal du 1er avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er 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. 4 avril 2011).

Ouverture du droit à l'intervention majorée pour des personnes qui ont des revenus modestes autrement dit, les bénéficiaires des catégories 2 et 3 du Fonds mazout.

Intervention majorée – famille monoparentale et chômeurs de longue durée

Arrêté royal du 9 juillet 2010 modifiant l'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. 19 juillet 2010).

Cet arrêté royal exécute la loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé laquelle contient deux dispositions concernant l'intervention majorée de l'assurance soins de santé :

- une nouvelle catégorie de bénéficiaires de l'intervention majorée est créée : la famille monoparentale qui est définie dans cet arrêté,
- dans la loi, il est supprimé la possibilité pour le Roi de prévoir une condition d'âge en ce qui concerne les chômeurs de longue durée.

L'arrêté prévoit également deux autres modifications de la réglementation de l'intervention majorée :

- il est proposé que la perte de la qualité à la base de l'intervention majorée n'entraîne plus en tant que telle la perte du bénéfice de l'intervention majorée,
- il est proposé que, lorsqu'il apparaît du contrôle des revenus de l'année précédant celle de la déclaration sur l'honneur, que le ménage n'avait pas droit au statut OMNIO, ce droit est retiré au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ce contrôle est intervenu.

Ces nouvelles catégories de bénéficiaires OMNIO s'inscrivent dans le cadre de l'intervention majorée « classique » qui est octroyée sur la base des revenus actuels du ménage dans sa composition actuelle. Cette prise en compte dans l'intervention majorée classique simplifie la gestion de l'octroi du droit à ces catégories.

Ces adaptations constituent, d'une part, une simplification administrative et d'autre part, une harmonisation des dispositions relatives à l'intervention majorée dite « classique » (octroyée sur la base d'une qualité) et le statut OMNIO.

Statut OMNIO

Arrêté royal du 22 juillet 2010 modifiant l'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 août 2010, Ed.2)

Cet arrêté a entre autre permis une adaptation du statut OMNIO en ouvrant le droit à ce statut au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel est introduite la déclaration sur l'honneur au lieu du 1^{er} jour suivant le trimestre au cours duquel est introduite ladite déclaration.

Afin d'éviter une courte période sans droit pour un bénéficiaire ayant droit au statut OMNIO tant dans son ménage précédent que dans son ménage actuel, il est prévu la possibilité de faire rétroagir l'octroi du droit au 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la déclaration sur l'honneur est introduite. Il est en de même lorsque le droit est retiré à la fin d'une année et que, bénéficiant d'un cas digne d'intérêt, un ménage peut introduire immédiatement une nouvelle déclaration sur l'honneur (s'il n'est pas dans une telle situation, il doit attendre 1 an). Ainsi, dans tous les cas, le droit au statut OMNIO s'ouvre au 1^{er} jour du trimestre de la déclaration.

Accès aux soins des malades chroniques

Arrêté royal du 22 juillet 2010 modifiant l'annexe de 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. 30 juillet 2010)

Arrêté royal du 22 juillet 2010 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. 30 juillet 2010)

Ces arrêtés ont notamment pour but d'améliorer l'accès aux soins de kinésithérapie des malades chroniques. Concrètement, 20 prestations suivant les 60 premières remboursées au meilleur tarif de l'assurance sont introduites dans la nomenclature, pour le traitement des bénéficiaires traités en liste « Fb ». Pour ces 20 prestations, les taux de remboursement sont intermédiaires entre l'actuelle intervention des 60 premières et celle appliquée à partir de la 61^e séance. Ces prestations sont donc effectuées en liste « Fb », entre la 61^e et la 80^e séance annuelle.

Cette mesure diminue donc, à partir de la 61^e prestation, les montants à charge des bénéficiaires atteints de maladies chroniques et traités dans le cadre de cette liste « Fb » ce qui améliore pour ces bénéficiaires l'accès aux soins de santé.

Consultations médecins spécialistes et suppléments d'urgence

Arrêté royal du 26 août 2010 modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 15 septembre 2010)

L'intervention personnelle du bénéficiaire ordinaire est désormais fixée à 40%, avec un maximum de 15,50 EUR par prestation, des honoraires pour les consultations de médecins spécialistes et suppléments d'urgence.

Intervention dans les frais de transport – Centre de soins de jour

Arrêté royal du 12 octobre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de transport des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour (M.B. 27 octobre 2010).

Une intervention dans les frais de transport de 0,30 EUR par kilomètre sur la base de la distance réelle entre le lieu de résidence effectif du bénéficiaire et le centre de soins de jour où il est admis est accordée aux bénéficiaires qui séjournent dans un centre de soins de jour. La distance entre le lieu de résidence effectif du bénéficiaire et le centre de soins de jour où il est admis est limitée à un maximum de 15 km.

Cette intervention est accordée aussi bien pour le déplacement du lieu de résidence effectif au centre de soins de jour que pour le déplacement du centre vers le lieu de résidence effectif. Cette intervention est payée directement au bénéficiaire de l'organisme assureur sur la base d'un document dont le modèle est fixé par l'INAMI.

Prestations de rééducation cardiaque

Arrêté royal du 17 novembre 2010 modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, §2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix (M.B. 25 novembre 2010)

L'intervention de l'assurance pour toutes les prestations de rééducation pour les patients cardiaques est fixée à 95% des honoraires pour les bénéficiaires avec régime préférentiel et à 90% des honoraires pour les bénéficiaires ordinaires (sans régime préférentiel). Il s'agit donc de diminuer l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les prestations de rééducation cardiaque.

Trajets de soins

Arrêté royal du 22 octobre 2010 modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix (M.B. 6 décembre 2010)

Cet arrêté règle en outre l'accès des patients en trajet de soins aux prestations de diététique et de podologie. Désormais, disposer d'un passeport du diabète n'est plus une condition nécessaire pour pouvoir avoir accès à ces prestations. En outre, les patients en trajet de soins qui souffrent d'insuffisance rénale chronique ont également accès aux prestations de diététique. Le nombre de prestations de diététiques remboursables peut même compter jusqu'à 4 prestations par an.

Honoraire médecin spécialiste en gériatrie

Arrêté royal du 9 janvier 2011 modifiant l'article 25, § 1 et 2, de l'annexe à 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. 25 janvier 2011)

Arrêté royal du 9 janvier 2011 modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 25 janvier 2011)

Une nouvelle prestation à savoir, un honoraire pour le médecin spécialiste en gériatrie pour sa participation à une concertation en équipe multidisciplinaire, sous sa direction, pour un bénéficiaire hospitalisé dans un autre service que le service G a été insérée à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

Pour rappel, l'arrêté royal du 29 janvier 2007 qui a instauré un programme de soins pour le patient gériatrique, prévoit qu'une équipe multidisciplinaire aille approcher tous les patients présentant un profil gériatrique. L'objectif consiste à rendre l'expertise en gériatrie accessible à tous les patients présentant un profil gériatrique et de leurs prévoir des soins appropriés. La nouvelle prestation est donc destinée à rémunérer le gériatre pour la conduite des discussions en équipe. Aucune intervention personnelle n'est cependant prévue pour les patients gériatriques.

Parodontologie

Arrêté royal du 9 janvier 2011 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de 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. 25 janvier 2011)

Arrêté royal du 9 janvier 2011 modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires (M.B. 25 janvier 2011)

Une nouvelle prestation a été insérée dans la rubrique « Parodontologie » de la nomenclature en vue de rembourser l'examen buccal parodontal chez les bénéficiaires du 18^e au 45^e anniversaire.

L'intervention personnelle pour cette nouvelle prestation est fixée à 25% pour les bénéficiaires ordinaires. L'intervention personnelle pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est nulle.

Analgésiques, laxatifs et dérivés calciques

Arrêté royal du 19 janvier 2011 fixant les conditions et modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde au pharmacien titulaire d'une officine ouverte au public ou à la société au sein de laquelle il travaille, une intervention pour l'utilisation d'un logiciel lors de la délivrance d'un médicament et pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques non-remboursables prescrits (M.B. 25 janvier 2011)

L'INAMI intervient dans les coûts pour l'enregistrement et la transmission des données des médicaments autorisés non-remboursables prescrits pour 2009 et 2010.

Pour l'année 2009, l'intervention est de 800 EUR par pharmacie, les médicaments concernés étant les analgésiques. Pour l'année 2010, l'intervention est également de 800 EUR par pharmacie et concerne les analgésiques, laxatifs et dérivés calciques (avec ou sans vitamine D).

Cette intervention annuelle a pour but d'obtenir un meilleur aperçu du coût des analgésiques, laxatifs et dérivés calciques prescrits mais non remboursables. Le but est de définir les coûts supplémentaires pour les maladies chroniques et de les intégrer éventuellement dans le maximum à facturer ou dans un autre type d'intervention forfaitaire.

Médicaments

Arrêté royal du 26 janvier 2011 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. 31 janvier 2011)

Depuis le 1^{er} avril 2011, la base de remboursement de la spécialité originale pour laquelle il existe une spécialité moins onéreuse est diminuée de 31% (au lieu de 30%) (système de remboursement de référence).

En outre, la base de remboursement d'une spécialité originale qui est reprise 2 ans dans le système du remboursement de référence, est diminuée encore de 6 %. Après 4 ans, la base de remboursement est diminuée encore de 5,5 %.

En ce qui concerne la diminution de prix des vieux médicaments, la diminution après 12 ans devient 17% (au lieu de 15%) et la diminution de prix après 15 ans devient 19% (au lieu de 17%).

Module de prévention DMG

Arrêté royal du 9 février 2011 modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 3 mars 2011)

Arrêté royal du 9 février 2011 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 3 mars 2011)

Arrêté royal du 9 février 2011 modifiant l'article 2, A, de l'annexe de 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. 3 mars 2011)

Arrêté royal du 9 février 2011 modifiant l'article 2, A, de l'annexe à 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. 3 mars 2011)

Arrêté royal du 9 février 2001 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 de certaines prestations (M.B. 3 mars 2011)

Intégration d'un module de prévention dans le dossier médical global en vue d'encourager la systématisation du dépistage des risques de santé dans la pratique du médecin généraliste.

Conformément aux recommandations internationales, ce module consiste en une check-list en fonction de l'âge et s'inscrit dans le cadre des mesures prévues dans le Plan cancer 2008-2010.

Il porte au minimum sur les thèmes suivants :

- conseils relatifs au mode de vie tels qu'alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress,...
- anamnèse et examen clinique axés sur le système cardiovasculaire,
- examens de dépistage entre autres du cancer colorectal et, chez la femme, également des cancers du col de l'utérus et du sein en fonction de l'âge,
- vaccination entre autres contre la diphtérie et le tétanos, la grippe et le pneumocoque en fonction de l'âge,
- dosages biologiques : glycémie, créatinine et protéinurie (pour les groupes à haut risque), cholestérol en fonction de l'âge.

Le module est accessible au groupe cible des bénéficiaires âgés de 45 ans à 75 ans inclus ayant un DMG.

Intervention majorée pour les bénéficiaires du fonds mazout

Arrêté royal du 22 mars 2011 modifiant l'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. 4 avril 2011).

Pour rappel, la loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé a complété l'article 37, § 19, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui énumère un nombre d'avantages et qualités donnant droit à l'intervention majorée de l'assurance, avec les bénéficiaires d'une allocation de chauffage des catégories 2 et 3 octroyée par les centres publics d'action sociale dans le cadre du Fonds Mazout social.

Cette disposition est maintenant exécutée. Cette nouvelle catégorie s'inscrit dans le cadre de l'intervention majorée classique qui est octroyée par les organismes assureurs après une enquête sur les revenus.

Intervention dans les frais de transport

Arrêté royal du 23 mars 2011 modifiant l'arrêté royal du 26 avril 2009 portant exécution de l'article 34, alinéa 1, 28°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 6 avril 2011)

L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires transportés par un service ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente passe de 33% à 50% avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010.

Récupération des prestations indument octroyées

Arrêté royal du 5 avril 2011 modifiant l'article 326, § 4 de 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. 14 avril 2011).

Depuis le 24 avril 2011, le montant pour les soins de santé en-deçà duquel un organisme assureur est dispensé de récupérer des prestations payées indument est doublé. Ce montant s'élève dorénavant à 25 EUR, à adapter à l'indice des prix.

Initiatives dentaires 2011

Arrêté royal du 14 avril 2011 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'annexe de 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. 26 avril 2011).

Cet arrêté adapte les articles 5 et 6 de la nomenclature comme suit :

Article 5 (à partir du 1^{er} mai)

- Examen buccal annuel : la limite d'âge maximum pour l'examen buccal annuel est augmentée et passe du 60e au 63e anniversaire. L'examen buccal annuel pourra désormais être attesté chez des patients à partir du 18e anniversaire jusqu'au 63e anniversaire ;
- Détartrage sous-gingival : la limite d'âge maximum pour le détartrage sous-gingival est relevée et passe du 45e au 50e anniversaire ;
- Examen buccal parodontal : le groupe cible de cette prestation est également élargi. Dorénavant, les patients pourront obtenir le remboursement de cette prestation jusqu'au 50e anniversaire.

L'intervention personnelle pour l'examen parodontal diminue à partir du 1er mai 2011 de 25 EUR à 15,5 EUR pour le bénéficiaire sans régime préférentiel.

À partir du 1er mai 2011, un deuxième astérisque est ajouté aux prestations de nettoyage prophylactique chez des personnes handicapées physiquement ou mentalement, ce qui n'empêche plus l'attestation de l'anesthésie générale.

Article 6

Une prothèse dentaire amovible est remboursée toutes les 7 années civiles à partir du 50e anniversaire.

Pour autant que certains critères médicaux soient respectés, une dérogation à cette règle peut être accordée par le médecin-conseil ou le Conseil technique dentaire. À partir du 1er juin 2011, un nouveau critère médical est inséré dans la nomenclature : les prothèses placées après extractions effectuées en prévention de l'endocardite peuvent désormais également être remboursées.

Contraceptifs pour les jeunes

Arrêté royal du 24 avril 2011 modifiant l'arrêté royal du 29 janvier 2007, fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'art. 56, § 2, 1°, de la loi SSI, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes (M.B. du 16.06.2011).

Pour rappel, les jeunes femmes âgées de moins de 20 ans bénéficient d'une intervention supplémentaire dans le prix de certains contraceptifs en application de l'article 56 de la loi SSI. Cette mesure est également applicable en 2011.

Malades chroniques – frais de voyage

Arrêté royal du 26 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type (M.B. 10 mai 2011)

Dans le cadre du programme destiné aux malades chroniques, l'assurance soins de santé et indemnités intervient depuis le 20 mai 2011 dans les frais de voyage liés à la rééducation fonctionnelle des enfants (patients âgés de moins de 18 ans). Il s'agit d'une intervention d'un montant de 0,25 EUR par km pour le déplacement aller-retour des enfants suivis dans des centres de rééducation avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une des conventions types suivantes :

- Maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares
- Mucoviscidose
- Maladies neuromusculaires

- Cerebral Palsy
- Spina bifida
- Autisme
- Diabète enfants
- Néphrologie diabétique
- Déficience visuelle
- Convention "Hémophilie".

Alimentation entérale par sonde

Arrêté royal du 20 mai 2011 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. 8 juin 2011).

L'intervention de l'assurance pour l'alimentation entérale par sonde est également accordée à partir du 1er juillet 2011 aux enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans.

Ergothérapie

Règlement du 23 mai 2011 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 1 juin 2011).

À partir du 25 décembre 2010, le remboursement des prestations d'ergothérapie est prévu dans la réglementation soins de santé. Pour pouvoir attester ces prestations, les attestations établies à partir de la même date sont les mêmes que celles utilisées par les logopèdes, les diététiciens, les podologues et les orthoptistes.

Tickets modérateurs pour les consultations de médecins généralistes et suppression des honoraires complémentaires consultations la nuit, le week end et jours fériés

Arrêté royal du 3 octobre 2011 modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 18 octobre 2011).

Arrêté royal du 2 octobre 2011 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 de certaines prestations (M.B. 18 octobre 2011)

Pour les consultations désignées par les numéros d'ordre 101010 (consultation généraliste), 101032, 101054 et 101076, l'intervention personnelle est limitée à :

- pour le bénéficiaire avec régime préférentiel avec DMG : 1,00 EUR,
- pour le bénéficiaire avec régime préférentiel sans DMG : 1,50 EUR,
- pour le bénéficiaire sans régime préférentiel avec DMG : 4,00 EUR,
- pour le bénéficiaire sans régime préférentiel sans DMG : 6,00 EUR.

L'intervention personnelle dans les honoraires complémentaires des consultations de nuit, un samedi, dimanche ou un jour férié (désignées par les numéros d'ordre 102410 102432, 102454 et 102476) est supprimée.

Forfait incontinence des malades chroniques

Arrêté royal du 7 octobre 2011 modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 18 novembre 2011).

Introduction d'un forfait incontinence pour les patients non dépendants qui souffrent d'une « forme non traitable d'incontinence » qui sont exclus du forfait d'incontinence prévu actuellement en raison du critère de dépendance fixé pour l'obtenir (forfait B ou C).

Substitution automatique de médicaments par le pharmacien

Loi du 17 février 2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (M.B. 17 février 2012, Ed.3)

Depuis le 1er mai, le pharmacien peut légalement délivrer un autre médicament que celui prescrit par le médecin (substitution). Ce principe permettra notamment de diminuer la facture du patient. Cette mesure vaut pour deux types de traitements aigus : les antibiotiques et les antimycosiques. Il s'agit de traitements de courte durée.

Le médecin pourra à tout moment s'opposer à cette substitution automatique, pour autant que cette décision soit motivée par des raisons médicales précises. Le médecin garde donc le libre choix de refuser la substitution automatique.

Loi santé – autres mesures concernant les médicaments

Loi du 17 février 2012 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé (M.B. 17 février 2012, Ed.3).

Cette loi contient notamment les mesures suivantes en matière de médicaments :

- Au 1er avril 2012, une baisse accrue est appliquée sur les médicaments remboursés à 100 % (catégorie A) lors de leur entrée dans le remboursement de référence (41% au lieu de 31%) et ensuite après 4 ans dans le remboursement de référence (7% au lieu de 5,5%). Les formes différentes (injectable, sirop, ...) du médicament soumis à concurrence générique ainsi que ses molécules sœurs (notamment isomères) qui étaient exonérées de baisse diminuent de la moitié des pourcentages des baisses obligatoires.
- Des règles particulières de remboursement peuvent être prévues pour les institutions pour les personnes âgées, notamment lors de délivrance par prise individuelle.
- La possibilité de conclure des contrats avec une firme pharmaceutique est élargie en cas de mesure de baisse de prix obligatoire, et notamment dans le cadre de la communication obligatoire par les firmes pharmaceutiques des prix des médicaments sous-brevet dans d'autres pays européens qui donne lieu à une baisse automatique en Belgique.

Autre mesure : blocage de prix des médicaments

Les augmentations de prix des médicaments sont bloquées, sauf en cas de raisons sanitaires justifiées.

Médicaments – nouvelle catégorie de remboursement

Arrêté royal du 5 mars 2012 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 2012).

Arrêté royal du 12 mars 2012 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (M.B. 19 mars 2012)

Ces arrêtés créent la base légale pour attribuer une catégorie de remboursement Fa/Fb.

Pour les spécialités pharmaceutiques remboursables en catégorie F, la somme de l'intervention de l'assurance soins de santé et du ticket modérateur à charge du patient est ou peut être inférieure au prix public appliqué.

Réforme du système de l'intervention majorée de l'assurance

Loi programme du 29 mars 2012 (M.B. 6 avril 2012)

Cette loi apporte des modifications au système de l'intervention majorée de l'assurance soins de santé. Elle a posé les bases d'une réforme de l'intervention majorée de l'assurance, visant à une application plus simple, plus transparente et atteignant mieux son groupe-cible.

Premièrement, il est prévu que la demande l'octroi de ce droit à des remboursements préférentiels soit introduite après une certaine période de référence. Dans un but de simplification, il est également disposé que la notion de ménage retenue sera unique dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance, alors que précédemment la coexistence de plusieurs notions de ménage compliquait la gestion des dossiers par les organismes assureurs et empêchait une transparence réelle. Enfin, la modification de la loi permettra que les mutualités utilisent les données en leur possession de manière à leur permettre de réagir plus rapidement et de manière à simplifier les démarches éventuelles des assurés sociaux.

Plusieurs modifications de la loi doivent être exécutées par arrêtés royaux pour une entrée en vigueur au plus tard le 1er janvier 2014 mais cette date pourrait éventuellement être avancée.

La notion de revenus : ce sont les moyens financiers du ménage qui déterminent si le droit au système préférentiel existe ou pas et non plus le statut (invalide, pensionné, etc.) des membres de la famille. Le ménage doit donc disposer de revenus modestes. Le plafond de revenus est toujours d'application. Sera considéré comme ménage avec revenus modestes, le ménage dont les revenus ne dépassent pas le montant plafond.

Pour calculer les revenus du ménage, on tient compte des revenus bruts imposables du ménage autrement dit, le montant des revenus tel qu'ils sont fixés en matière d'impôts sur les revenus avant toute déduction ainsi que toute autre ressource déterminée par arrêté.

La notion de ménage : le ménage est constitué par la personne qui sollicite le bénéfice de l'intervention majorée, son conjoint ou cohabitant ainsi que les personnes à charge. Si le demandeur est lui-même personne à charge, le ménage sera constitué du demandeur, du titulaire auprès duquel il est inscrit comme personne à charge, du conjoint ou cohabitant du titulaire et leurs personnes à charge.

La période de référence : ont droit à l'intervention majorée, les ménages qui se trouvent effectivement et depuis longtemps dans une situation financière difficile. La période de référence correspond à une année civile. Si le ménage a bénéficié de revenus modestes pendant toute la période de référence (autrement pendant une année civile) il pourra introduire une demande d'intervention majorée. Des dérogations pourront être accordées.

Dans certaines situations qui impliquent une baisse de revenus (exemples mise à la retraite, invalidité), il n'y aura pas de période de référence autrement dit, les personnes qui se trouvent dans cette situation pourront demander à tout moment le bénéfice de l'intervention majorée. Dans certaines situations, la période de référence pourra être réduite lorsque la situation d'un membre du ménage entraîne une perte sensible de revenus (exemples divorce, chômage).

Dans certains cas également, l'intervention majorée pourra être automatiquement octroyée.

Frais de déplacement aide médicale urgente – tiers payant

Arrêté royal du 24 avril 2012 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 11 mai 2012).

Pour rappel, l'assurance obligatoire soins de santé intervient dans les frais de déplacement des bénéficiaires transportés par un service ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente à raison de 50%. Au 1^{er} juin 2012, le tiers payant est d'application pour tous les transports urgents en ambulance. Ainsi au 1^{er} juin, les sociétés d'ambulance facturent 50% du montant du transport directement à l'organisme assureur du patient qui ne devra dès lors plus payer que le montant à sa charge.

2. INDEMNITES DE MALADIE

Indemnités minimum travailleur régulier

Au 1^{er} juillet 2008, augmentation des indemnités « minimum travailleur régulier » octroyées aux titulaires avec charge de famille et aux isolés suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des travailleurs salariés.

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des travailleurs salariés sont adaptés comme suit au 1^{er} juillet 2008 (base 103,14) :

- Le montant « avec charge de famille » passe de 11.765,82 EUR à 12.001,14 EUR.
- Le montant « isolé » passe de 9.415,62 EUR à 9.603,93 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 108,34, les indemnités journalières octroyées aux titulaires « travailleurs réguliers » avec charge de famille et isolés sont fixées comme suit au 1^{er} juillet 2008:

- Titulaires avec charge de famille : 45,9697 EUR, arrondi à 45,97 EUR.
- Titulaires isolés : 36,7874 EUR, arrondi à 36,79 EUR.

Mesures de revalorisation

Arrêté royal du 12 février 2009 modifiant 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. 12 mars 2009)

Au 1^{er} janvier 2009

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 1er janvier 2009 est revalorisé de 0,8% et - l'indemnité des titulaires cohabitants en incapacité primaire passe de 55% à 60% de la rémunération perdue.

Au 1^{er} septembre 2009

Augmentation de l'indemnité « minimum travailleur régulier » octroyée aux cohabitants: le montant de l'indemnité minimum pour un travailleur salarié régulier sans charge de famille, cohabitant, est majoré une première fois de 2%.

Au 1^{er} janvier 2010

Augmentation de l'indemnité « minimum travailleur régulier » octroyée aux cohabitants: le montant de l'indemnité minimum pour un travailleur salarié régulier sans charge de famille, cohabitant, est à nouveau majoré de 2% (opération de rattrapage).

Pécule de vacances et primes de fin d'année

Arrêté royal du 17 juillet 2009 modifiant, en ce qui concerne le cumul entre les indemnités et un revenu professionnel, 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. 4 août 2009)

Auparavant, les avantages annuels (prime de fin d'année, treizième mois,...) étaient imputés comme revenus (avec application de tranches salariales) sur les quatre trimestres suivants le trimestre de paiement. Dorénavant, les avantages annuels ne sont plus imputés.

Auparavant également, pour ce qui concerne les jours de vacances du titulaire invalide, le montant des indemnités auquel le titulaire avait droit s'il n'avait pas repris d'activité était diminué de deux fois la valeur du revenu professionnel du mois concerné. Il n'est désormais plus tenu compte, pour les jours de vacances, que de la valeur journalière « simple » du revenu professionnel du mois, avec application des tranches salariales.

Ces dispositions permettent un cumul plus important du pécule de vacances/de la prime de fin d'année résultant de l'activité autorisée et des indemnités de maladie.

Soins d'accueil

Arrêté royal du 15 octobre 2010 instaurant des assimilations dans la législation relative aux vacances annuelles au profit des travailleurs faisant usage du droit au congé pour des soins d'accueil (M.B. 5 novembre 2010).

Afin de permettre l'assimilation des travailleurs qui font usage du droit aux congés pour soins d'accueil, il est désormais prévu que les travailleurs qui prennent des jours de congé pour soins d'accueil sont repris dans la liste des jours de travail assimilés pour l'accomplissement du stage d'attente.

Revalorisation indemnités – montant maximum pour le calcul des indemnités

Arrêté royal du 22 mars 2011 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. 19 avril 2011).

Le montant maximum de la rémunération à prendre en considération pour le calcul des indemnités des titulaires dont le risque social prend cours le 1^{er} janvier 2011 est revalorisé. Ce montant maximum est fixé à 97,7809 EUR.

Maintien de la qualité de travailleur ayant personne à charge

Arrêté royal du 14 avril 2011 modifiant l'article 225, § 5, de 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. 6 mai 2011).

Cet arrêté vise à prolonger pour une nouvelle période d'un an l'application de la mesure transitoire visée à l'article 225, § 5 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Il s'agit de maintenir la qualité de travailleur ayant personne à charge pour une nouvelle période d'un an, en faveur des titulaires qui cohabitent avec un titulaire indépendant bénéficiant, depuis le 1^{er} janvier 2006, de l'augmentation de l'indemnité d'invalidité des travailleurs indépendants ayant mis fin à leur entreprise, en vue de l'aligner sur le montant du minimum du travailleur régulier cohabitant. Cette mesure a pour but d'éviter la perte de la qualité de travailleur ayant personne à charge, à la suite de la revalorisation de l'indemnité du titulaire cohabitant indépendant, dans l'attente de l'adoption d'une mesure structurelle.

Adaptation hors indice des prix

Moniteur belge du 4 mai 2011

Au 1^{er} janvier 2011, certaines allocations sociales sont adaptées hors indice des prix.

Loi programme

Loi programme du 4 juillet 2011 (I) (M.B. 19 juillet 2011)

Cette loi supprime le caractère obligatoire de l'autorisation préalable pour la reprise d'un travail autorisé après une période d'incapacité de travail.

Dans le cadre des mesures visant à favoriser le retour volontaire des titulaires reconnus incapables de travailler, vers le marché du travail, le Gouvernement a en effet proposé d'adapter l'article 100, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue de supprimer le caractère préalable de l'autorisation et de le remplacer par une autorisation à postériori.

L'autorisation du médecin-conseil reste cependant requise mais n'est plus un préalable conditionnant la reprise d'une activité professionnelle, au cours de l'incapacité, par le titulaire.

Il appartient au Roi de déterminer le délai et les conditions dans lesquels l'autorisation de reprise du travail sera octroyée.

Incapacité de travail des apprentis

Loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I) (M.B. 30 mars 2012)

Le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail des apprentis (déterminé par l'article 96 de la loi coordonnée AMI), qui au début de leur incapacité, sont liés par un contrat d'apprentissage des professions exercées par des travailleurs salariés ne peut plus être maintenu en raison des modifications apportées en matière de réglementation du chômage.

Un nouveau calcul des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité sera fixé par le règlement pris par le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, le 16 novembre 2011, en exécution de l'article 80, 5°, b), de la loi coordonnée AMI qui donne compétence au Comité de gestion d'élaborer les règlements concernant les modalités de calcul des indemnités.

3. PRESTATIONS DE MATERNITE

Congé de paternité et maternité

Loi programme du 22 décembre 2008 (M.B. 29 décembre 2008)

Cette loi modifie l'article 39 de la loi sur le travail :

Congé de maternité : la travailleuse salariée peut, à sa demande, convertir 2 dernières semaines de son repos postnatal facultatif en jours de congé à prendre endéans une période de 8 semaines lors de la reprise de travail.

Congé de paternité : le travailleur a droit à 10 jours de congé à l'occasion de la naissance de son enfant, ses 10 jours peuvent être pris dans un délai de 4 mois à dater de la naissance de l'enfant.

Repos de maternité

Arrêté royal du 21 août 2009 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. 15 septembre 2009).

Règlement du 29 avril 2009 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 15 mai 2009)

Pour rappel, la loi du 16 mars 1971 sur le travail a été modifiée par la loi-programme du 22 décembre 2008 pour permettre à la travailleuse de convertir les deux dernières semaines de repos postnatal facultatif en jours de congé à prendre endéans une période déterminée. L'employeur est alors tenu de convertir cette période en « jours de congé de repos postnatal » en fonction du nombre de jours prévus à l'horaire de travail de la travailleuse. La travailleuse doit prendre ces jours de congé selon un planning fixé par elle, dans les huit semaines à dater de la fin de la période ininterrompue de repos postnatal.

La loi-programme du 22 décembre 2008 a également modifié certaines dispositions de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (article 104, alinéa 1 (possibilité de cumuler des indemnités avec un revenu professionnel), article 114, alinéa 6 (faculté pour la travailleuse de prolonger son repos de maternité en reprenant une partie de ses activités professionnelles) et article 115 (dérogation à l'obligation pour la travailleuse de cesser toute activité pendant la période durant laquelle elle alterne jour de travail et de repos).

En vue d'exécuter ces mesures, des modifications ont été apportées à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (insertion d'un § 3 dans l'article 242) et au règlement des indemnités du 16 avril 1997 (nouvel alinéa dans l'article 45, § 1).

- insertion d'un § 3 dans l'article 242 : la travailleuse qui fait usage de la faculté de convertir une partie de la période de repos de maternité en jours de congé dans les conditions fixées à l'article 39, alinéa 3 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, peut bénéficier d'une indemnité de maternité pour les jours de congé de repos postnatal pris dans les conditions susvisées. Le montant des indemnités ne peut toutefois excéder le montant qui aurait été octroyé si la travailleuse n'avait pas fait usage de cette faculté ;

- insertion d'un nouvel alinéa à l'article 45, § 1 : lorsque la travailleuse à temps plein fait usage de la faculté de convertir une partie de son repos de maternité en jours de congé de repos postnatal conformément aux dispositions de l'article 39, alinéa 3, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail, il n'est pas tenu compte pour déterminer la rémunération journalière moyenne servant au calcul de l'indemnité pour les jours de congé de repos postnatal, du nombre de jours ouvrables que compte cette période mais du nombre de jours au cours desquels la travailleuse aurait normalement travaillé au cours de ladite période. Lorsque la travailleuse à temps partiel fait usage de cette faculté, la rémunération journalière moyenne à considérer pour indemniser les jours de congé est déterminée en divisant la rémunération due pour la somme des heures de congé par le nombre total des jours de congé.

Congé d'écartement

Loi du 30 décembre 2009 portant des dispositions diverses (M.B. 31 décembre 2009)

Modification du mode de calcul de l'allocation qui doit être octroyée à partir du 1^{er} janvier 2010 aux salariées enceintes qui, dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité, exercent un travail adapté avec perte de salaire jusqu'à la sixième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement. Cela s'inscrit dans le cadre de la reprise de l'écartement par l'INAMI.

Arrêté royal du 18 avril 2010 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. 7 mai 2010, Ed. 1)

La titulaire enceinte dont l'exécution du contrat de travail est suspendue ou qui est dispensée du travail peut prétendre à une indemnité de maternité dont le montant est fixé à 78,237 % de la rémunération perdue. Cette indemnité est allouée jusqu'à la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

Congé de naissance pour les coparents

Loi du 13 avril 2011 modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité (1) (M.B. 10 mai 2011).

Cette loi instaure un congé de naissance pour les coparents.

Jusqu'à présent, seul le travailleur salarié lié par un contrat de travail avait droit à un congé à l'occasion de la naissance d'un enfant dont la filiation était établie. Dans la pratique, il s'agissait donc du père de l'enfant. Il s'agissait d'un congé de 10 jours qui devaient être pris dans les 4 mois suivant l'accouchement.

Depuis le 20 mai 2011, le coparent peut également bénéficier de ce congé, sous certaines conditions :

- Il ne peut y avoir qu'un seul lien de filiation légal vis-à-vis d'une personne, à savoir la mère. Dès qu'un lien de filiation légal est également établi du côté du père, seul le père peut prendre le congé de naissance de 10 jours
- Le coparent qui souhaite prétendre au congé de naissance doit produire une preuve de cohabitation avec la mère de l'enfant.

Par ailleurs, cette loi prévoit pour le coparent, en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, la possibilité de transformer la partie restante du repos postnatal en jours de congé. Ce droit était auparavant également réservé au père.

4. PRESTATIONS D'INVALIDITE

Mesures de revalorisation – mesures gouvernementales

- Note 2008/52 du 4 juin 2008 du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés

Au 1^{er} janvier 2008

- L'indemnité des invalides isolés passe de 50% à 53% de la rémunération perdue.

- Augmentation de l'indemnité minimum allouée aux titulaires ayant la qualité de travailleur non régulier.

Au 1^{er} septembre 2008

-revalorisation de 2% (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1er septembre 2001 et au plus tard le 31 août 2002 (durée d'incapacité atteint 6 ans).

- Revalorisation de 2% (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1er septembre 2001 et au plus tard le 31 août 2002 (durée d'incapacité atteint 6 ans).

Mesures de revalorisation

Arrêté royal du 12 février 2009 modifiant 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. 12 mars 2009)

Au 1^{er} mai 2009

L'indemnité des invalides isolés passe de 53% à 55% de la rémunération perdue.

Au 1^{er} septembre 2009

1. Revalorisation des indemnités des titulaires dont la durée de l'incapacité atteint 6 ans d'incapacité de travail et alignement de la période de référence à remplir en incapacité avec celle appliquée à l'ONP

- Un coefficient de revalorisation de 2% est garanti sur le montant de l'indemnité d'invalidité de tous les titulaires invalides dont l'incapacité de travail atteint une durée de 6 ans (invalides dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} septembre 2002 et le 31 décembre 2003). Cette mesure ne s'applique cependant pas aux minimas.

- Dans le passé, certaines revalorisations des indemnités qui s'appliquaient à un certain groupe de titulaires, « les cohortes », étaient liées à une date de début d'incapacité comprise entre le 1^{er} septembre de l'année t-1 et le 31 août de l'année t. Les invalides qui, entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre de l'année t, atteignaient la durée d'incapacité exigée, devaient attendre jusqu'au 1^{er} septembre de l'année t+1 pour obtenir une revalorisation de leurs indemnités. La période à remplir au 1^{er} septembre ne correspond pas à la façon de travailler dans le régime des pensions. A l'ONP, les revalorisations de pensions sont appliquées pour tous les titulaires qui remplissent le critère au cours de l'année considérée. Cette mesure supprime donc cette anomalie. Cela signifie concrètement que les mesures se rapportant aux cohortes s'appliqueront dorénavant à tous les invalides qui atteignent la durée d'incapacité requise au cours de l'exercice considéré.

2. Revalorisation des indemnités des titulaires dont la durée de l'incapacité est comprise entre 7 et 15 ans

Cette mesure cadre dans l'adaptation au bien-être des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté entre le 1^{er} septembre 1993 et le 31 décembre 2002. Leurs indemnités sont ainsi revalorisées de 2%. Cette mesure ne s'applique pas aux minimas.

3. Augmentation des indemnités des titulaires dont l'incapacité a débuté avant le 1^{er} janvier 2008

Tous les titulaires dont l'incapacité de travail a débuté avant le 1^{er} janvier 2008 reçoivent une revalorisation de leur indemnité de 0,8%. Cette mesure ne s'applique pas aux minimas.

Au 1^{er} janvier 2010 : suppression d'une anomalie historique

Les montants maximum (60% du plafond salarial pour un titulaire avec charge de famille et 40% du plafond salarial pour un titulaire sans charge de famille donc y compris titulaire isolé) qui étaient prévus pour les titulaires devenus invalides avant le 1^{er} janvier 2004 sont supprimés. Cela implique donc que pour les titulaires qui sont devenus invalides avant le 1^{er} avril 2004 également, le montant maximum des indemnités d'invalidité correspond à :

- 65% du plafond salarial pour un titulaire avec charge de famille,
- 55% du plafond salarial pour un titulaire isolé,
- 40% du plafond salarial pour le titulaire cohabitant.

Introduction d'un 3^e plafond de revenus

Arrêté royal du 22 février 2010 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. 9 mars 2010).

Au 1^{er} janvier 2010, un nouveau plafond de revenus a été introduit, plafond qui permet l'octroi d'une indemnité majorée comme isolé lorsque le cohabitant cohabite avec quelqu'un dont les revenus de remplacement se situent entre le plafond avec charge (805,06 EUR) et le nouveau plafond de 930,00 EUR (montants au coefficient d'augmentation 1,2190).

Prime de rattrapage pour les invalides

Arrêté royal du 2 juin 2010 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. 7 juin 2010).

Une prime de rattrapage annuelle est allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de cinq ans. Cette prime s'élève à un montant forfaitaire de 61,5258 € à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100) et est adaptée aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation.

La prime de rattrapage est payée avec les indemnités du mois de mai. Elle est payée pour la première fois avec les indemnités dues pour le mois de mai 2010.

Prime de rattrapage pour les invalides : adaptation des conditions d'octroi et du montant

Arrêté royal du 20 mai 2011 modifiant l'article 326, § 4 de 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. 8 juin 2011).

Depuis le 1^{er} mai 2011, les conditions d'octroi et le montant de la prime de rattrapage annuelle pour les invalides sont adaptés. Le montant était octroyé aux titulaires dont la durée de l'incapacité de travail atteignait au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi. Le montant de la prime est majoré à 200 EUR (montant indexé). Auparavant, il fallait avoir été reconnu en incapacité de travail pendant au moins 5 ans et la prime s'élevait à 75 EUR (cf supra).

Adaptation au bien-être

- Arrêté royal du 21 juin 2011 modifiant l'arrêté royal du 12 février 2009 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. 27 juillet 2011).

– Arrêté royal du 6 juillet 2011 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 juillet 2011).

Adaptation au bien être des indemnités allouées aux travailleurs salariés :

- revalorisation des minima travailleur régulier et des indemnités des titulaires en incapacité de travail depuis 6 ans ;
- augmentation des minima non régulier et de l'allocation forfaitaire pour aide de tiers ;
- augmentation des plafonds de revenus pour la qualité de travailleur ayant personne à charge et d'isolé ;
- adaptation des tranches de revenus découlant de l'activité autorisée ;
- augmentation des interventions dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle ;
- suspension en 2011 et 2012 de la revalorisation des indemnités pour les titulaires en incapacité de travail depuis 15 ans.

Ces mesures sont par ailleurs prises dans le cadre de la politique « return to work ».

Prière de fournir des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes, si possible

Nombre de personnes protégées³⁹

1. Régime général (travailleurs salariés et assimilés) – Soins de santé

Le tableau repris ci-après représente la situation au 30 juin 2011.

	Au 30 juin 2011
A. Travailleurs salariés et assimilés (+invalides)	
- Travailleurs et assimilés	4.302.436
- Conjoint	264.096
- Ascendants	13.601
- Descendants	2.219.888
B. Handicapés	
- Handicapés	72.872
- Conjoint	3.285
- Ascendants	201
- Descendants	9.308
C. Veufs, veuves et orphelins	
- Veufs, veuves et orphelins	336.061
- Conjoint	1.982
- Ascendants	157
- Descendants	22.831
D. Pensionnés	
- Pensionnés	1.398.639
- Conjoint	318.641
- Ascendants	374
- Descendants	33.127
E. Inscrits au Registre national	
- Inscrits au Registre national	166.317
- Conjoint	20.614
- Ascendants	723
- Descendants	73.735

³⁹ - INAMI, Notes du Comité de gestion indemnités n°2011/92 du 10 octobre 2011.

2. Régime des travailleurs indépendants

Le tableau repris ci-après représente la situation au 30 juin 2011⁴⁰

	Au 30 juin 2011
A. Travailleurs et assimilés (y compris invalides)	
a. Travailleurs et assimilés	
- Titulaires indemnissables	586.338
- Conjoints	66.397
- Ascendants	1.837
- Descendants	259.716
b. Pensionnés	
- Pensionnés	83.937
- Conjoints	35.209
- Ascendants	10
- Descendants	844
c. Veufs, veuves et orphelins	
- Veufs, veuves et orphelins	27.965
- Conjoints	120
- Ascendants	4
- Descendants	690
B. Communautés religieuses	
- Moins de 61 ou 65 ans	1.993
- Plus de 61 ou 65 ans	
C. Handicapés	
- Titulaires et assimilés	5.363
- Conjoints	888
- Ascendants	14
- Descendants	883

⁴⁰ Note 2011/94 du 10 octobre 2011 – Service indemnités INAMI

Total général (régime général + régime des travailleurs indépendants):

a. Nombre de résidents protégés (au 30 juin 2011) :

$$9.258.888 + 1.072.208 = 10.331.096$$

b. Nombre total de résidents (2010) 10.839.905

c. Pourcentage (rapport a/b): +/- 95%

Nombre de bénéficiaires indemnisés.

A. Nombre de titulaires indemnisables :	
au 31 décembre 2009	3.733.671
B. Nombre total de titulaires :	
au 31 décembre 2009	3.978.880 ⁴¹
C. Pourcentage (rapport A/B) :	
au 31 décembre 2009	94%

Nombre de bénéficiaires d'indemnités de maternité

A. Nombre de titulaires indemnisables :	
au 31 décembre 2009	1.799.447 ⁴²
B. Nombre total de titulaires :	
au 31 décembre 2009	1.925.950 ⁴³
C. Pourcentage (rapport A/B)	
au 31 décembre 2009	93,4%

⁴¹ - Cette notion de titulaire regroupe aussi bien des travailleurs salariés que des chômeurs.
- INAMI, Service des Indemnités, *Assurance indemnités : données statistiques et financières.*

⁴² Cette notion de titulaire regroupe aussi bien des travailleurs salariés que des chômeurs.

- INAMI, Service des Indemnités, *Assurance indemnités : données statistiques et financières.*

⁴³ Cette notion de titulaire regroupe aussi bien des travailleurs salariés que des chômeurs.

- INAMI, Service des Indemnités, *Assurance indemnités : données statistiques et financières.*

5. PRESTATIONS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Ce projet a pour objectif la réduction des accidents du travail en mettant l'accent sur l'importance de la prévention. Les entreprises qui présentent un risque aggravé de manière disproportionnée par rapport aux autres entreprises du même secteur seront redevables d'une contribution forfaitaire à verser à leur assureur et celui-ci affectera cette somme à la prévention dans l'entreprise en question. Il a été concrétisé dans l'arrêté royal du 23 décembre 2008 portant exécution de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail en matière de risques aggravés de manière disproportionnée (M.B. 30 décembre 2008). Comme prévu, l'arrêté royal du 23 décembre 2008 précité a fait l'objet d'une évaluation. Il est apparu que diverses modifications devaient y être apportées : ceci a été réalisé par les arrêtés royaux des 23 novembre 2010 et 30 novembre 2011.

- bien-être– mesures (AT et MP)

Dans le cadre de l'accord interprofessionnel lié au bien-être, pour les années 2009-2010, diverses mesures ont été décidées afin d'augmenter le niveau de certaines allocations et rentes. Ces mesures sont contenues dans l'arrêté royal du 17 février 2009 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. 9 mars 2009) et dans l'arrêté royal du 31 mai 2009 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. 26 juin 2009).

- mesures de crise (AT et MP)

Une loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise (M.B. 25 juin 2009) contient diverses mesures de réduction du temps de travail, dans le but d'éviter des licenciements. Un arrêté royal du 31 juillet 2009 fixant les règles spéciales de calcul de la rémunération de base pour l'application de la loi du 10 avril 1971 aux travailleurs auxquels s'appliquent pendant la période de référence une diminution du temps de travail en vertu des titres 1^{er} et 2 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise (M.B. 24 août 2009) a ensuite été pris afin de garantir aux travailleurs concernés qu'ils ne perdront pas leurs droits en matière de sécurité sociale (en l'occurrence en accidents du travail) malgré cette réduction de leur temps de travail. Un arrêté royal du 10 septembre 2009 portant exécution de l'article 19 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise en matière de maladies professionnelles (M.B. 29 septembre 2009) a prévu la même chose en matière de maladies professionnelles.

- facteurs socio-économiques (MP)

Il a été décidé lors du conclave budgétaire du 16 octobre 2009 que la rente des personnes atteintes d'une maladie professionnelle sera à nouveau majorée du pourcentage qui correspond à leurs facteurs socio-économiques (leur capacité économique, âge, scolarité,...) qu'ils perdaient à l'âge de 65 ans. La loi-programme du 23 décembre 2009 (M.B. 30 décembre 2009 art. 70-72) a modifié l'ancienne règle : ceci signifie qu'on tient de nouveau compte de la diminution de la capacité de gain normale produite par la limitation effective des possibilités de travail sur le marché de l'emploi dans le calcul de la rente pour maladie professionnelle à partir de 65 ans.

6. ALLOCATIONS FAMILIALES ET PRESTATIONS FAMILIALES GARANTIES

Création d'un supplément d'âge annuel

- Loi-programme du 8 juin 2008 (Publiée au Moniteur Belge (M.B.) 16 juin 2008).

L'article 14 de la loi-programme insère, dans les lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, un article 44ter qui majore les montants des allocations familiales ordinaires et d'orphelins dues pour le mois de juillet d'un supplément d'âge annuel de :

- a) 20,92 EUR pour un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de 5 ans le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû ;

- b) 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 ;
 - c) 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 ;
 - d) 20,92 EUR pour un enfant âgé de 17 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû.
- Arrêté royal du 21 août 2009 modifiant l'article 44ter des lois coordonnées du 19 décembre 1939 relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B. du 17 septembre 2009).

Cet arrêté relève le montant du supplément d'âge annuel pour l'enfant bénéficiaire âgé de 17 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû. Il porte le supplément d'âge annuel pour cette catégorie de bénéficiaires de 25,50 € à 51,00 € (à l'indice actuel des prix à la consommation).

Paiement des allocations familiales à l'attributaire dans certaines situations

Loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses (M.B. du 7 août 2008).

Cette loi modifie, entre autres, dans le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés, les modalités de paiement à l'égard des allocataires qui ne peuvent percevoir eux-mêmes les allocations familiales. Certains allocataires, en raison de ce qu'ils ne peuvent rapporter à suffisance la preuve de leur identité, le plus souvent parce qu'ils se trouvent en situation illégale en Belgique, se voient refuser la perception des allocations familiales dont le paiement a pourtant été effectué par les caisses. Afin de pallier à cette situation, le législateur a prévu qu'à dater du 17 août 2008, les prestations familiales qui ne peuvent être payées à l'allocataire se trouvant dans l'impossibilité matérielle de percevoir des prestations familiales en raison de ce qu'il ne peut rapporter la preuve de son identité, le seront, pour son compte, à l'attributaire.

Droit aux allocations familiales des étudiants de dernière année

Arrêté royal du 19 septembre 2008 modifiant l'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 (M.B. du 1^{er} octobre 2008).

La modification la plus importante porte sur le droit aux allocations familiales des étudiants de dernière année auxquels est offerte la possibilité d'achever, après la deuxième session et sans nouvelle inscription, certaines activités d'études requises pour l'obtention du diplôme. L'arrêté royal du 10 août 2005, avant sa modification, exigeait strictement qu'une inscription ait été prise à concurrence de 27 crédits au moins pour une année académique, pour bénéficier des allocations familiales durant ladite année. En raison de cette condition générale, le maintien du droit aux allocations familiales durant une période de seconde session prolongée était devenu impossible à dater du 1^{er} septembre 2005 (date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 10 août 2005). Cette possibilité est rétablie, sous certaines conditions, par l'arrêté modificatif.

Supplément spécifique accordé aux familles monoparentales

Arrêté royal du 28 septembre 2008 modifiant le montant du supplément visé à l'article 41 des lois coordonnées du 19 décembre 1939 relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B. du 1^{er} octobre 2008).

Depuis le 1^{er} mai 2007, un supplément spécifique est accordé aux familles monoparentales disposant de revenus limités. L'arrêté royal du 28 septembre 2008 remplace, à dater du 1^{er} octobre 2008, ce montant spécifique par un montant plus élevé et différencié en fonction de l'âge. Les trois montants retenus sont identiques à ceux octroyés à titre de supplément social en faveur du chômeur complet à partir du septième mois de chômage. D'autre part, le plafond de revenus de l'allocataire a été revu à la hausse.

Relèvement du plafond de revenus de l'attributaire ou de l'allocataire, au-delà duquel il n'y a plus de droit au supplément social

Arrêté royal du 28 septembre 2008 modifiant l'arrêté royal du 26 octobre 2004 portant exécution des articles 42bis et 56, § 2, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (M.B. du 1^{er} octobre 2008).

Cet arrêté, entre autres, relève le plafond de revenus de l'attributaire ou de l'allocataire, au-delà duquel il n'y a plus de droit au supplément social en faveur des chômeurs, pensionnés et invalides, de manière à ce qu'il corresponde au plafond de revenus de l'allocataire du supplément pour familles monoparentales.

Evaluation du handicap de l'enfant

Loi-programme du 22 décembre 2008 (M.B. du 29 décembre 2008)

Pour l'essentiel, cette loi étend, à partir du 1^{er} mai 2009, aux enfants nés au plus tard le 31 décembre 1992 et atteints d'une incapacité physique ou mentale de 66% au moins le système d'évaluation à trois piliers instauré par 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. Les mesures d'exécution ont été concrétisées par l'arrêté royal du 26 avril 2009 (lequel modifie l'arrêté royal du 28 mars 2003).

Modifications diverses des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés

- Loi du 22 décembre 2008 portant des dispositions diverses (M.B. du 29 décembre 2008).

Les modifications les plus substantielles portent sur :

- la désignation de l'attributaire et de l'allocataire en cas d'adoption par deux personnes de même sexe. En cas d'adoption plénière par deux personnes de même sexe, c'est l'adoptant le plus âgé qui a la qualité d'attributaire. Quant à la qualité d'allocataire, elle est reconnue à la plus âgée des personnes adoptantes ;
- la désignation administrative et judiciaire de l'allocataire (des allocations familiales) pour le futur. Dans le cadre de la désignation administrative du père comme allocataire, la qualité d'allocataire vaut à dater de la demande. Elle produit ses effets le premier jour du mois qui suit ce changement, sauf si ce changement intervient le premier jour d'un mois, auquel cas les effets de la désignation comme allocataire prennent cours dès ce jour. La désignation judiciaire de l'allocataire dans l'intérêt de l'enfant produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel intervient la notification de la décision du tribunal à l'organisme d'allocations familiales compétent.

- Loi du 30 décembre 2009 portant des dispositions diverses (1) (M.B. du 31 décembre 2009)

Cette loi complète les dispositions concernant l'adoption plénière par deux personnes de même sexe.

Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2010, tant en cas d'adoption plénière par deux personnes de même sexe qu'en cas d'adoption plénière par une personne, de l'enfant ou de l'enfant adoptif de son conjoint ou cohabitant de même sexe, le droit aux allocations familiales est fixé par priorité dans le chef du plus âgé des parents au premier degré.

Dans le même cas de figure, les allocations familiales sont payées au plus âgé des parents au premier degré. Si les deux parents de même sexe ne cohabitent pas et exercent conjointement l'autorité parentale au sens de l'article 374 du Code civil et si l'enfant n'est pas élevé exclusivement ou principalement par un autre allocataire, les allocations familiales sont payées intégralement au plus âgé des parents au premier degré. L'autre parent dispose de la faculté de demander le paiement entre ses mains, à partir de sa demande, s'il a la même résidence principale légale que l'enfant.

Modifications concernant le régime d'allocations familiales pour enfants atteints d'un handicap.

- Arrêté royal du 12 février 2009 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 (M.B. du 16 mars 2009)

Ledit arrêté apporte deux modifications au régime d'allocations familiales pour enfants atteints d'un handicap :

- les organismes d'allocations familiales qui sont intégrés dans le circuit de données « handchild » ne devront plus prendre l'initiative d'initier la procédure de révision d'office. Cette tâche est dorénavant reprise par la Direction générale Personnes handicapées du S.P.F. Sécurité sociale ;
 - un assouplissement à l'égard des enfants atteints d'une affection génétique ou chromosomique est apporté à la Liste des affections pédiatriques qui constitue l'annexe 2 à l'arrêté royal du 28 mars 2003 dont question ci-avant.
- Arrêté royal du 26 avril 2009 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

L'arrêté royal susmentionné constitue le point final de l'introduction du nouveau système d'évaluation à trois piliers applicable aux enfants atteints d'un handicap qui a été instauré par l'arrêté royal du 28 mars 2003. Désormais, les jeunes nés avant le 1^{er} janvier 1993 pourront également bénéficier du nouveau système d'évaluation, lequel devient ainsi en principe le régime applicable à tous les enfants, quelle que soit la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent. L'ancien système est ainsi réduit à un système transitoire en extinction.

- Arrêté royal du 9 février 2010 modifiant l'arrêté royal du 3 mai 1991 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 du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales.

Sur le plan du contenu, les catégories existantes d'activités autorisées dans le chef d'un jeune atteint d'un handicap et de prestations sociales qui en découlent sont confirmées, tandis qu'une nouvelle catégorie est ajoutée. Il s'agit du jeune atteint d'un handicap qui satisfait aux conditions auxquelles les allocations familiales sont accordées aux jeunes sans handicap. Sur la base de cette nouvelle catégorie ajoutée, les jeunes atteints d'un handicap seront bénéficiaires jusqu'à l'âge de 21 ans du supplément d'allocations familiales lié à leur incapacité de la même façon que les jeunes sans handicap sont bénéficiaires des allocations familiales ordinaires.

Droit aux allocations familiales pour l'étudiant durant le troisième trimestre.

Arrêté royal du 1^{er} septembre 2011 abrogeant l'article 17 de l'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 (MB, 28 septembre 2011).

L'article 17 de l'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 est abrogé.

Cette modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Désormais, des allocations familiales sont accordées durant le troisième trimestre quand les allocations familiales ont été suspendues durant le deuxième trimestre parce que le plafond d'activité autorisée maximale a été dépassé.

Le Comité européen demande que le prochain rapport contienne des informations à jour sur des données chiffrées en pourcentage concernant la couverture de la population pour toutes les branches de la sécurité sociale, afin de déterminer si une proportion importante de la population totale et/ou active jouit, en Belgique, d'un droit effectif à la sécurité sociale pour ce qui est des prestations prévues.

Pour répondre à cette question en ce qui concerne les allocations familiales, la méthode de calcul employée pour le Code européen de Sécurité sociale a été reprise.

A. Nombre des salariés protégés

(i) Régime général : (situation au 31/12/2009 – source : Vade Mecum)

Secteur privé (ONSS)	2.661.366
Contractuels des services publics (ONSS)	287.866
Contractuels des services publics (ONSSAPL)	<u>218.147</u>
Total	3.167.379

(ii) Régimes spéciaux : (situation au 31/12/2009 – Source : Vade Mecum)

Fonctionnaires des services publics	454.421
Fonctionnaires de l'ONSSAPL	139.133
Marins de la CSPM	<u>1.165</u>
Total	594.719

(iii) Nombre total de salariés protégés

$$(i) + (ii) = 3.762.098$$

B. Nombre total de salariés

Le nombre total de salariés est égal au nombre total de salariés protégés plus le nombre de chômeurs complets.

Le nombre de chômeurs complets pour l'année 2009 s'élève à 657.144 unités (Source : Vade Mecum)

Nombre total de salariés

$$(iii) + 657.144 = 4.419.242$$

C. Pourcentage que représente le total des salariés protégés par rapport au total des salariés

$$A(iii) / B = 85,12\%$$

Remarque : dans la mesure où les chômeurs peuvent, sous certaines conditions, ouvrir un droit aux allocations familiales pour travailleurs salariés, le pourcentage mentionné ci-dessus est encore plus élevé. Par ailleurs, les personnes qui ne bénéficient pas d'allocations familiales sur la base d'un régime professionnel peuvent prétendre au régime résiduaire des prestations familiales garanties (régime d'assistance sociale) si les conditions de ressources sont satisfaites.

7. PRESTATIONS DE VIELLESSE

1. Renseignements généraux

Tous les travailleurs salariés sont protégés.

Les chômeurs ont également droit aux prestations de pension

Par ailleurs, les fonctionnaires peuvent prétendre au bénéfice des avantages de vieillesse dans le cadre d'un régime spécial à charge de l'Etat.

2. Evolution de la législation

- Adaptation au bien-être des pensions en 2008

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

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

Les augmentations attribuées en 2007 en application de l'arrêté royal du 9 avril 2007 sont intégrées dans le montant de pension à payer mensuellement à partir du mois de mars 2008. Les mesures d'attribution d'un bonus forfaitaire de bien-être prises pour 2008 sont supprimées et remplacées par des adaptations au bien-être à partir du 1er septembre 2008. Il s'agit d'une augmentation de 2 % des pensions de travailleur salarié et de travailleur indépendant qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er janvier 1988 et au plus tard avant le 1er janvier 2003.

- Cumul avec un revenu professionnel

Arrêté royal du 21 août 2008 modifiant l'article 64 de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 26 septembre 2008)

Cet arrêté augmente de 25 %, au 1er janvier 2008, les montants du revenu professionnel autorisé pour les pensionnés du régime des travailleurs salariés ayant atteint l'âge de la pension légale.

Pensions minimales

Arrêté royal du 12 juin 2008 portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés (M.B. 9 juillet 2008).

Cet arrêté augmente de 2%, au 1er juillet 2008, les montants de pension minimum garantie pour une carrière complète de travailleur salarié.

Arrêté royal du 16 février 2009 portant augmentation du droit minimum par année de carrière et de certaines pensions dans le régime des travailleurs salariés (M.B. 13 mars 2009)

Le montant de la rémunération minimale par année de carrière prise en compte pour le calcul de la pension est augmenté pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er septembre 2009.

Au 1er juin 2009, les montants de pension minimum garantie pour une carrière complète de travailleur salarié sont augmentés de 3 %.

A l'exclusion des pensions minimales ci-dessus, une revalorisation du montant mensuel de la pension de 2 % est allouée le 1er juin 2009 aux bénéficiaires d'une pension dans le régime des travailleurs salariés qui a pris cours effectivement et pour la première fois avant le 1er janvier 1994.

Cotisation de solidarité

Arrêté royal du 1er juillet 2008 portant exécution de l'article 68, § 10, de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales (M.B. 24.juillet 2008)

Cet arrêté supprime ou allège à partir du 1er juillet 2008 le prélèvement de solidarité sur les pensions légales ou extralégales les moins élevées.

Ainsi, les pensionnés ne subissent un prélèvement de solidarité que si le montant mensuel brut de l'ensemble de leurs pensions et autres avantages s'élève au moins à 2.012,76 EUR pour un pensionné isolé et à 2.327,00 EUR pour un pensionné avec charge de famille.

Augmentation de certaines pensions

Arrêté royal du 9 mars 2009 portant augmentation de certaines pensions et modifiant l'arrêté royal du 9 avril 2007 portant augmentation de certaines pensions et attribution d'un bonus de bien-être à certains bénéficiaires de pensions (M.B. 23 mars 2009)

La pension de travailleur salarié est augmentée de 2 % au mois de septembre, si, au cours de l'année considérée, il est satisfait à une des conditions suivantes. La pension a pris cours effectivement et pour la première fois:

1° depuis 15 ans et au plus tôt après le 31 décembre 1994;

2° depuis 5 ans et au plus tôt après le 31 décembre 2003.

A l'exclusion des pensions minimales, une revalorisation de la pension de travailleur salarié de 1,5 % est allouée le 1er juin 2009 aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié qui a pris cours effectivement et pour la première fois après le 31 décembre 1993 et avant le 1er janvier 2009.

19 juillet 2010. - Arrêté royal portant exécution, en ce qui concerne l'Office national des Pensions, de l'arrêté royal du 12 juin 2006 portant exécution du Titre III, chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations (Moniteur belge du 13 août 2010)

Cet arrêté prévoit que l'Office national des Pensions, via son site web, met à disposition des personnes exerçant ou ayant exercé une activité comme travailleur salarié, quel que soit leur âge, un aperçu de carrière dans un environnement sécurisé. Lorsque les intéressés n'optent pas sur le site web pour une communication par voie électronique, l'Office leur adresse l'aperçu de carrière au moins tous les cinq ans par voie postale.

6 JUILLET 2011 - Arrêté royal portant augmentation de certaines pensions dans le régime des travailleurs salariés et portant exécution de l'article 7, alinéa 10, de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 22 juillet 2011)

1. Pension minimum garantie de travailleur salarié.

Les montants annuels sont au 1er septembre 2011 portés à 15.989,96 EUR pour un ménage à 12.796,00 EUR pour un isolé et à 12.594,81 EUR pour une pension de survie.

2. Droit minimum par année de carrière

Le montant du minimum par année de carrière est au 1^{er} septembre 2011 porté à 16.816,49 euros (montant de base)

3. Augmentation des pensions de salarié

Sont augmentées de :
- 2,25 % au 1er septembre 2011 les pensions de travailleur salarié qui ont pris cours effectivement et pour la

première fois avant le 1er janvier 1997;
- 1,25 % au 1er novembre 2011 les pensions de travailleur salarié qui ont pris cours effectivement et pour la première fois après le 31 décembre 1996 et avant le 1er janvier 2011

13 AOUT 2011- Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 9 avril 2007 portant augmentation de certaines pensions et attribution d'un bonus de bien-être à certains bénéficiaires de pensions (Moniteur belge du 24 août 2011)

Cet arrêté a pour conséquence d'augmenter de 2 % au mois de septembre les pensions dans le régime des travailleurs salariés et dans le régime des travailleurs indépendants, si, au cours de l'année considérée, la pension a pris cours effectivement et pour la première fois depuis 15 ans et au plus tôt après le 31 décembre 1997 (au lieu de précédemment le 31 décembre 1995)

28 décembre 2011 - Loi portant des dispositions diverses (Moniteur belge du 30/12/2011)

1. Pension anticipée

Les conditions d'âge et de carrière pour l'octroi de la pension anticipée sont rendues plus strictes à partir de 2013 (en 2012 rien n'est changé) pour les trois régimes de pension.

La date de prise de cours ne peut être antérieure au mois suivant celui de la demande ni :

1° au septième mois suivant celui des 60 ans, pour les pensions prises en 2013; condition de carrière de 38 ans ;

2° au mois suivant celui des 61 ans, pour les pensions prises en 2014 ; condition de carrière de 39 ans ;

3° au septième mois suivant celui des 61 ans, pour les pensions prises en 2015; condition de carrière de 40 ans ;

4° au mois suivant celui des 62 ans, pour les pensions prises au plus tôt le 1^{er} janvier 2016 ; condition de carrière de 40 ans.

Néanmoins, l'âge est de :

- 60 ans pour les pensions prises en 2013 et 2014 si la carrière est de 40 ans ;

- 60 ans pour les pensions prises en 2015 si la carrière est de 41 ans ;

- 60 ans pour les pensions prises en 2016 si la carrière est de 42 ans ;

- 61 ans pour les pensions prises en 2016 si la carrière est de 41 ans.

Des mesures transitoires seront prises dans certaines situations particulières.

2. Périodes assimilées

Le Roi déterminera les modalités d'attribution et de calcul pour les périodes assimilées à partir de 2012 et se rapportent :

1° aux périodes de chômage de la troisième période;

2° aux périodes de prépensions attribuées avant l'âge de 60 ans, sauf certaines exceptions (entreprise en difficultés ou en restructuration ...);

3° aux périodes de crédit-temps pour fin de carrière prises avant l'âge de 60 ans;

4° aux périodes de crédit-temps pour fin de carrière prises après l'âge de 60 ans, à l'exception de 2 ans si le crédit-temps est pris à mi-temps et de 5 ans si le crédit-temps est pris à 1/5^e;

5° aux périodes d'interruption de carrière volontaire complète ou partielle et de crédit-temps, hors le crédit-temps avec motifs et les congés thématiques.

Ce qui précède n'est pas applicable aux personnes que se trouvaient à la date du 28 novembre 2011 dans une position de prépension, de périodes d'interruption de carrière volontaire complète ou partielle et de crédit-temps et de crédit temps à mi-temps ou à concurrence de 1/5 réservées au travailleur de 50 ans ou plus, ni aux personnes que ont demandé l'accès à une de ces périodes avant le 28 novembre 2011. Ces dispositions sont applicables aux pensions qui prennent cours au plus tôt le 1^{er} janvier 2013.

Prestations de survivants

Evolution de la législation

Cumul avec un revenu professionnel

Arrêté royal du 21 août 2008 modifiant l'article 64 de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 26 septembre 2008)

Cet arrêté augmente de 8 %, au 1er janvier 2008, les montants du revenu professionnel autorisé pour les pensionnés du régime des travailleurs salariés qui ne bénéficient que d'une pension de survie et qui n'ont pas atteint l'âge de 65 ans

Pensions minimales

Les bénéficiaires de pension de survie ont bénéficié des mêmes pourcentages d'augmentation de leur pension que ceux qui ont été octroyés aux bénéficiaires de pension de retraite (voir prestations de vieillesse, pensions minimales, ci-dessus)

Cotisation de solidarité

(voir prestations de vieillesse, cotisation de solidarité, ci-dessus)

Augmentation de certaines pensions

(voir prestations de vieillesse, augmentation de certaines pensions, ci-dessus)

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport clarifie la question sur un critère qui détermine le caractère suffisant des prestations de chômage : l'existence d'une période initiale raisonnable durant laquelle un chômeur peut refuser – sans perdre ses droits aux prestations- un emploi ou une formation ne correspondant pas aux compétences professionnelles qu'il a acquises antérieurement

Le Comité demande, par conséquent, que le prochain rapport précise ce qu'il faut entendre par offre d'emploi « convenable » et comment s'apprécie dans chaque cas le caractère convenable.

Le Comité demande que le prochain rapport indique la fréquence des suspensions d'allocations pour refus d'emploi convenable ou fixation de conditions à une réintégration.

Le Comité demande des précisions sur la nature des autres sanctions susceptibles d'être infligées et leur fréquence. Le rapport devra faire état de toute éventuelle jurisprudence en la matière.

Un travailleur qui est ou devient chômeur par suite de circonstances dépendant de sa volonté peut être exclu du bénéfice des allocations. Par « chômage par suite de circonstances dépendant de sa volonté » il faut notamment entendre le refus d'un emploi convenable.

Les critères de l'emploi convenable se trouvent dans les articles 22 à 32ter de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage. La réglementation définit donc un certain nombre de critères (liés notamment à la rémunération, à l'aptitude à exercer l'emploi, à la durée des déplacements,...) qui permettent de déterminer si un emploi est convenable ou non. Les critères y mentionnés ne sont toutefois pas limitatifs. Est visé ici non seulement le refus explicite d'emploi (par exemple, par une déclaration auprès de l'employeur ou du conseiller emploi), mais également les attitudes ou les déclarations qui, en pratique, rendent l'engagement impossible.

L'autorité responsable est le Directeur du bureau de chômage auprès de l'Office national de l'Emploi. Un recours contre cette décision est possible devant les tribunaux de travail.

En ce qui concerne une période initiale durant laquelle un chômeur peut refuser un emploi l'article 23 de l'arrêté ministériel précité prévoit que : "Un emploi est réputé non convenable s'il ne correspond ni à la profession à laquelle préparent les études ou l'apprentissage, ni à la profession habituelle, ni à une profession apparentée :

1° pendant les trois premiers mois de chômage, si le travailleur n'a pas atteint l'âge de 30 ans ou s'il a un passé professionnel de moins de 5 ans ;

2° pendant les cinq premiers mois de chômage, si le travailleur ne satisfait pas au 1°.

Pour le jeune travailleur visé à l'article 36 de l'arrêté royal, qui perçoit des allocations d'insertion, la période de trois mois prend cours au moment où il s'inscrit comme demandeur d'emploi après la fin de ses études.

L'alinéa 1er n'est pas applicable lorsque, de l'avis du service régional de l'emploi compétent, les possibilités d'embauche dans la profession considérée sont très réduites.

Après l'expiration du délai visé à l'alinéa 1er, le travailleur est tenu d'accepter un emploi dans une autre profession. Pourtant le caractère convenable de cet emploi s'apprécie en tenant compte de ses aptitudes et de sa formation."

En cas de refus d'un emploi convenable ou de non-présentation auprès d'un employeur sans justification suffisante après y avoir été invité par le service de l'emploi et/ou de la formation professionnelle, le chômeur peut faire l'objet d'un avertissement ou être exclu du bénéfice des allocations pendant 4 semaines au moins et 52 semaines au plus. Une partie ou la totalité de cette période peut faire l'objet d'un sursis, c.-à-d. que le droit aux allocations de chômage est maintenu pendant la période de sursis.

Le chômeur peut être exclu du bénéfice des allocations pour une durée indéterminée si le refus d'emploi ou la non-présentation a eu lieu dans l'intention délibérée de continuer à bénéficier des allocations (dans ce cas, il devra prouver à nouveau des journées de travail salarié pour être réadmis au chômage).

Ci-après des chiffres pour 2010 et 2011. (source Rapport annuel de l'Office national de l'Emploi 2011)

Année	Type de sanction	Avertissements	Sanctions sans ou avec sursis partiel		Sanctions avec sursis complet	Total		
			Nombres	Semaines sanctions		Semaines sursis	Nombres	
2010	Abandon d'emploi	1.325	9.635	83.138	11.797	959	8.032	11.919
	Refus d'emploi	305	982	9.783	890	61	523	1.348
	Licenciement, abandon ou refus d'une formation prof.	179	1.103	9.971	583	53	352	1.335
2011	Abandon d'emploi	1.455	9.757	84.241	11.916	956	8.111	12.168
	Refus d'emploi	397	1.027	10.359	979	101	971	1.525
	Licenciement, abandon ou refus d'une formation prof.	175	1.097	9.955	481	58	399	1.330

Comme ces critères ne sont pas limitatifs, le caractère « convenable » a fait l'objet au cours des années d'une jurisprudence abondante, en effet chaque situation est différente et elle doit être appréciée par le bureau de chômage au cas par cas, ce qui entraîne beaucoup de litiges devant les tribunaux compétents.

Paragraphe 2 – Respect de la Convention n° 102 de l’OIT (sécurité sociale, norme minimum)

***Paragraphe 3 – Evolution du système de sécurité sociale.
Voir contribution ci-dessus à l’article 12§1.***

Paragraphe 4 – Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats

1. Evolution depuis le dernier rapport

Pas d'évolution depuis le dernier rapport.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande à nouveau que le prochain rapport fournisse des informations concernant l'extension, dans les faits, du principe d'égalité de traitement aux ressortissants de pays tiers.

Le Comité demande qu'il est envisagé de faire avec les autres Etats Parties, à savoir Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie et l'Ukraine.

Il demande également s'il est envisagé d'en conclure avec les Etats qui ont ratifié la Charte en dehors de la période de référence c'est-à-dire la Serbie, la Russie.

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les accords envisagés avec l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie au niveau du couvremnt des prestations familiales et dans quels délais.

L'égalité de traitement est garantie aux seuls ressortissants des Etats Parties contractantes à la Charte.

Depuis, des négociations sont en cours avec l'Albanie.

En ce qui concerne la Serbie, c'est l'ancienne convention avec la Yougoslavie qui, de commun accord, reste d'application.

Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties contractantes s'engagent :

1. à 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 ;
2. 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 et sociaux ;
3. 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 ;
4. 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.

Paragraphe 1 – Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin

1. Evolution depuis le dernier rapport

1. Garantie de revenus aux personnes âgées

Evolution de la législation

Arrêté royal du 17 juin 2008 portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 10 juillet 2008)

Cet arrêté augmente de 2%, au 1er juillet 2008, les montants de la garantie de revenus aux personnes âgées.

Arrêté royal du 18 septembre 2008 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 octobre 2008)

Cet arrêté augmente de 5 EUR, au 1er octobre 2008, le montant de base mensuel de la garantie de revenus aux personnes âgées.

Arrêté royal du 16 février 2009 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. 13 mars 2009)

Cet arrêté augmente de 0,8%, au 1er juin 2009 et de 0,6 % au 1er janvier 2010, les montants de la garantie de revenus aux personnes âgées

Loi du 6 mai 2009 portant des dispositions diverses (M.B. 19 mai 2009)

L'article 110 de cette loi étend le champ d'application personnel de la garantie de revenus aux personnes âgées aux ressortissants d'un Etat partie à la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe, signée à Turin le 18 octobre 1961.

Cette disposition entrera en vigueur à la date fixée par le Roi.

- Arrêté royal du 21 juin 2011 portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1 er, de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 08 juillet 2011)

A partir du 1er septembre 2011. les montants annuels de la garantie de revenus aux

personnes âgées sont portés à 7.626,37 EUR (personne cohabitante)

et à 11.439,56 (personne isolée).

Il s'agit des montants indexés.

NB.

Dans le régime des travailleurs indépendants

Tous les travailleurs indépendants qui travaillent ou sont en périodes assimilées ont droit aux mêmes soins de santé que les travailleurs salariés.

Les indemnités de maladie, de maternité et d'invalidité ne sont pas fonction des revenus mais sont des prestations forfaitaires.

Il n'y a pas de couverture en accidents du travail et en maladies professionnelles.

Les prestations familiales sont identiques à celles des salariés.

Les prestations de vieillesse sont fonction de la carrière.

2. Les prestations familiales garanties

Evolution depuis le dernier rapport en ce qui concerne la législation.

Arrêté royal du 16 juillet 2008 modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties (M.B. 8 août 2008).

Le présent arrêté royal accorde, dès le mois d'août 2008, un supplément d'âge annuel aux familles qui bénéficient de prestations familiales garanties conformément aux dispositions dans le régime des travailleurs salariés.

Influence de l'engagement volontaire militaire au régime des prestations familiales garanties (calcul des revenus autorisés au maximum).

Arrêté royal du 3 septembre 2010 portant diverses dispositions relatives au statut administratif, pécuniaire et social du militaire qui effectue un engagement volontaire militaire (MB, 10 septembre 2010).

L'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales a été modifié de manière à neutraliser la solde du militaire volontaire pour l'octroi des prestations familiales garanties.

Cette disposition entre en vigueur le 1 septembre 2010.

Remarque : certaines modifications dans la législation sur les allocations familiales pour travailleurs salariés sont également applicables pour l'octroi des prestations familiales garanties dans la mesure où la législation sur les prestations familiales garanties se réfère à certaines conditions d'octroi prévues par la législation applicable aux travailleurs salariés.

3. Les allocations aux personnes handicapées

Présentation succincte du régime

La loi du 27 février 1987 encadre le régime des allocations accordées aux personnes handicapées. Celle-ci prévoit les types d'allocations, le montant de celles-ci, les conditions pour en bénéficier ainsi que la procédure de demande.

Il existe 3 types d'allocations :

a) **l'allocation de remplacement de revenus** est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de 65 ans au plus dont il est établi que l'état physique ou psychique a réduit sa capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail. Cette allocation est donc destinée à assurer un revenu minimum aux personnes dont le handicap entraîne des difficultés à se procurer un revenu par le travail.

b) **l'allocation d'intégration** est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de 65 ans au plus dont le manque d'autonomie ou dont l'autonomie réduite sont établis.

c) **l'allocation pour l'aide aux personnes âgées** est accordée à la personne handicapée âgée de 65 ans au moins dont le manque d'autonomie ou une autonomie réduite ont été établis.

L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration sont cumulables. Lorsque l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration prennent cours avant l'âge de 65 ans, le droit à ces allocations ne s'éteint pas lorsque cet âge est atteint pour autant que le droit reste payable sans interruption.

Le montant des différentes allocations est diminué du montant des revenus de la personne handicapée, de son conjoint ou de la personne avec laquelle elle forme un ménage, qui dépasse certains plafonds.

Évolution de la législation et de la réglementation relatives aux personnes handicapées ainsi que de la pratique administrative.

Accélération du traitement des demandes

En 2008, plusieurs modifications ont été introduites dans la réglementation afin d'améliorer et de simplifier la procédure de demande d'allocations aux personnes handicapées. L'administration recueille directement auprès de l'instance qui dispose des renseignements (Registre National, Administration fiscale, Office national des Pensions...) les données nécessaires au traitement des demandes. Depuis fin 2009, les échanges électroniques avec les instances concernées se sont multipliés, ce qui a accéléré le délai de traitements des demandes.

A partir de 2007, une procédure destinée à scanner les documents entrants et à créer un dossier électronique a été entamée. Actuellement, tous les documents entrants sont scannés. Il n'existe plus de dossier "papier", mais uniquement des dossiers électroniques, ce qui facilite l'échange d'informations entre services et qui limite quasiment totalement les pertes de données.

En septembre 2010, la DG Personnes handicapées a instauré un nouveau guichet électronique : "Handiweb". Cette application internet sécurisée permet à la personne handicapée de consulter en ligne l'état de son dossier. En 2011, cette application est devenue accessible petit-à-petit aux travailleurs sociaux. Ceux-ci doivent disposer d'une procuration spécifique signée par la personne handicapée pour accéder au dossier.

Une loi du 13 mars 2009 a réduit le délai de traitement d'une demande d'allocations de 8 à 6 mois. Depuis le 1er janvier 2010, des intérêts de retard sont donc payables à l'intéressé après 6 mois de traitement de la demande de l'allocation (au lieu de 8 mois auparavant), lorsque la demande est suivie d'un paiement.

Augmentation du montant des allocations

A plusieurs reprises, les allocations ont été augmentées dans le cadre de la liaison au bien-être, dans le but de renforcer le pouvoir d'achat des personnes handicapées.

C'est ainsi que le 1er juin 2009 :

- Les bénéficiaires de l'allocation de remplacement de revenus ont vu leur allocation augmenter de 2%;
- L'effet négatif de l'augmentation de la pension minimale dans le calcul de l'allocation aux personnes âgées a été neutralisé par l'augmentation de 4,5% des abattements.

Le 1er septembre 2011 :

- L'allocation de remplacement de revenus a été augmentée de 2% au 1er septembre.

- Les abattements de catégorie ont été également augmentés pour le calcul de l'allocation d'intégration (+ 1,9%), et pour le calcul de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (+ 1,5%).

2. Réponses aux questions du Comité européen des droits sociaux

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande si la condition de « séjour habituel » que doivent remplir les ressortissants étrangers pour pouvoir prétendre au revenu d'intégration sociale peut, en droit ou en fait, entraîner une condition de durée de résidence antérieure pour l'admission au bénéfice de cette prestation.

L'arrêt de la Cour constitutionnelle du 12 décembre 2007 a été appliqué par l'arrêté royal du 9 février 2009 modifiant l'arrêté royal du 17 juillet 2006 exécutant l'article 4, § 2, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées (Moniteur belge du 6 mars 2009, entré en vigueur le 12 décembre 2007).

Depuis lors, tous les ressortissants d'États tiers inscrits au registre de la population peuvent prétendre aux allocations aux personnes handicapées.

Paragraphe 2 – Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques.

Pas d'évolution depuis le dernier rapport.

Paragraphe 3 – Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

1. Evolution depuis le dernier rapport.

1.1. Au niveau des Régions

En Communauté flamande

Information à jour sur les effectifs des CPAS en Flandre ainsi que sur l'évolution des dépenses afférentes aux CPAS

Les autorités flamandes sont compétentes pour les règles organiques relatives aux centres publics d'action sociale dans la partie linguistique néerlandophone, en d'autres termes les cinq provinces flamandes. Sur la base des données fournies par les communes, nous obtenons les chiffres totaux suivants pour les effectifs du personnel.

	Personnel CPAS Zone néerlandophone	Personnel des associations de CPAS zone néerlandophone
Temps pleins	22.934	7.158
Temps partiels	29.179	6.326
Total	52.131	13.484

Les données relatives aux comptes annuels, les bilans, comptes de résultats, évolutions des dettes et des moyens en faveur du CPAS et provenant des communes sont disponibles via les *images annuelles* de l'Agence de gestion interne:

- 2005: <http://www.binnenland.Flandre.be/publicaties/jaarbeeld/jaarbeeld2005/1.3.2.2.pdf>
- 2006: http://www.binnenland.Flandre.be/publicaties/jaarbeeld/jaarbeeld2006/jaarbeeld2007_deel1_5.pdf
- 2007: http://www.binnenland.Flandre.be/publicaties/jaarbeeld/jaarbeeld2007/Deel_4.pdf

Pour tout complément d'information quant au fonctionnement des CPAS, veuillez consulter le volet "politique locale sociale" sous l'article 14.

Mesures spécifiques en vue de garantir le droit à l'assistance sociale et médicale aux personnes handicapées

L'Agence Flamande pour les Personnes handicapées a été mise en place par le décret du 7 mai 2004 et a succédé à l'ancienne VFSIPH. Il s'agit d'une agence disposant de la personnalité juridique, placée sous la tutelle du ministre flamand ayant dans ses attributions l'assistance aux personnes handicapées. Le siège de la VAPH est établi à Bruxelles et, pour chaque province flamande, il existe une section provinciale. Pour les Bruxellois flamands, il existe par ailleurs une antenne établie au sein du siège central.

Le principe BBB (Beter Bestuurlijk Beleid – meilleure gestion administrative), la réorganisation de grande envergure des autorités flamandes, a réorganisé les différentes compétences : alors que l'ancien VFSIPH (Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap) était davantage compétent pour l'emploi des personnes avec un handicap, cette compétence a entre-temps été transférée (en date du 1er octobre 2008) au VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding). Durant la période de référence 2005-2007, la VAPH est restée compétente pour le traitement des demandes d'assistance de recherche d'emploi et de formation professionnelle. Les services d'inspection du secteur des personnes handicapées qui, auparavant, étaient situés au sein du VFSIPH, ont été rassemblés avec les autres services d'inspection en matière de bien-être pour ainsi former une nouvelle agence Inspection Bien-être et Santé publique.

La VAPH va plus loin que les obligations de l'article 13. La voie normale pour avoir accès à une infrastructure ou une assistance pour une personne handicapée est réglée dans l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 1991 relatif à l'inscription auprès de l'Agence Flamande pour les personnes handicapées. Aucune exigence en matière de revenus n'est posée; le seul critère retenu est la nécessité d'une assistance pour une personne handicapée.

Pour estimer correctement cette nécessité, la personne handicapée doit parcourir une procédure : classement par une équipe Multidisciplinaire (indépendante de la VAPH et des autorités), ensuite appréciation par la Commission Provinciale d'Evaluation qui remettra un avis à la Section Provinciale (PA) de la VAPH, qui prend la décision si cet avis est positif, et si l'avis est négatif, formule une intention de décision. Cette intention peut être reprise en considération par la Commission Consultative, sur la base des éléments disponibles, avancés éventuellement par la personne handicapée elle-même. La section provinciale prend alors une décision définitive contre laquelle un recours est possible devant le tribunal du travail.

Seule exception : si la personne est devenue handicapée à la suite d'un accident avec un tiers responsable et perçoit donc une indemnisation, la VAPH ne peut intervenir. La personne sera certes reconnue comme handicapée mais ne recevra pas de subvention. En effet, la personne handicapée reçoit soit un capital, soit une indemnité afin qu'elle puisse assurer seule sa propre assistance. La personne handicapée pourra conclure un accord avec une compagnie qui versera l'indemnité. La base juridique est la suivante : l'article 6 du Décret du 27 juin 1990 instaurant un Fonds Flamand pour l'Intégration Sociale des Personnes Handicapées, remplacé depuis le 31 mars 2006 par l'article 14 du Décret du 7 mai 2004 créant l'Agence interne indépendante avec personnalité juridique, la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Il existe toutefois une exception : si la compagnie refuse d'accepter une personne comme handicapée sans l'approbation de la VAPH, la VAPH conclura un accord avec la personne handicapée dans le cadre duquel les frais de dédommagement seront versés à la VAPH (à savoir l'indemnité obtenue du tiers responsable) et la VAPH versera une subvention via les canaux requis dans le cadre de la procédure décrite ci-dessus.

Si la personne handicapée peut démontrer qu'elle a intégralement utilisé l'indemnité obtenue du tiers responsable en vue de financer son assistance, la VAPH subventionnera de nouveau par le biais de la procédure d'application.

2. Réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande si les services et institutions sont dotés de moyens suffisants pour fournir une aide appropriée qui permette aux personnes concernées d'être informées, comme il se doit, de leurs droits à l'assistance sociale et médicale.

En Communauté germanophone

Mesures prises :

- o Augmentation significative de la dotation des Centres publics d'aide social (voir commentaire ci-joint)
- o Site web : www.dglive.be
- o Fonds de Désendettement de la Communauté germanophone (voir présentation ci-joint)
- o Edition d'une brochure sur les CPAS à l'attention du grand public en 2009
- o Edition d'une brochure sur les services de surendettement en 2011
- o Edition d'une brochure pour les ressortissants étrangers en 2010

Augmentation significative de la dotation des Centres publics d'aide (CPAS)

Le décret du 15 décembre 2008 relatif au financement des Communes et des centres publics d'aide sociale de la Communauté germanophone a modifié la clé de répartition de la dotation de la Communauté germanophone aux communes et aux CPAS. Auparavant les CPAS recevaient 5 % de la dotation globale. Suite au décret du 15 décembre 2008, ce pourcentage a été doublée.

Fonds de Désendettement : Présentation

Le Fonds de Désendettement de la communauté germanophone a comme objectif d'aider les personnes surendettées d'apurer leurs dettes en leur accordant un crédit sans intérêt. Le fonds a été créé en 1992 (décret du 14 décembre 1992 , M.B. 3 avril 1993). Il a été pourvu d'une somme de 30.000 Euro. Le décret du 29 avril 1996 précise que ce sont les services de médiations de dettes qui peuvent présenter une demande d'intervention auprès du fonds. C'est le gouvernement qui décide de l'octroi du prêt sur base d'un avis d'un comité d'attribution.

L'arrêt du gouvernement de la communauté germanophone du 5 avril 2005 règle le fonctionnement du comité d'attribution. Celui-ci se compose de trois personnes. Elles statuent valablement si deux des trois personnes sont présentes. Les demandes doivent contenir une liste d'informations nécessaires à la prise de décisions. Normalement les décisions sont prises sur base du dossier. Si besoin, le requérant peut être entendu. Le règlement d'ordre intérieur du 30 novembre 2010 prévoit que du dossier ressort:

- que des pourparlers ont eu lieu avec les créanciers quant à une éventuelle transaction pour paiement immédiat ;
- que la personne requérante est prête à travailler ensemble avec un service de médiation de dettes ;

- la disponibilité de la personne de suivre en cas de besoin une guidance budgétaire ;
- la disponibilité de la personne de vendre une partie du patrimoine, pour endiguer l'endettement et ce dans le respect des limites légales en matière de saisie;
- l'attestation du service de médiation de dettes, que toutes les voies ont été épuisées pour obtenir d'autres moyens financiers ;
- un extrait de la centrale de crédits aux particuliers de la Banque Nationale

Le crédit est accordé pour un montant minimum de 1.250 Euro et maximum 12.500 Euro pour une durée maximale de 5 ans. Le crédit ne peut servir pour rembourser des dettes professionnelles (pour les indépendants). Il ya en moyenne entre 16 dossiers de demandes par an.

Données chiffrées - Réponse à Moyens suffisants:

→ Voir ANNEXE 1

Paragraphe 4 –Assistance d'urgence spécifique aux non-résidents.

Voir réponse à l'article 12§4.

Article 14 – Droit au bénéfice des services sociaux

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à bénéficier des services sociaux, les Parties s'engagent :

1. *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 ;*
2. *à encourager la participation des individus et des organisations bénévoles ou autres à la création ou au maintien de ces services.*

Paragraphe 1- Encouragement ou organisation des services sociaux.

1. Evolution depuis le dernier rapport.

1.2. Au niveau des Régions

1.2.1. En Communauté flamande

L'article 14 §1er et 2 concerne le droit de recourir aux services d'aide sociale.

1. Gestion intégrale de la qualité

Le 29 avril 1997, le Parlement flamand a adopté le Décret relatif à la gestion de la qualité dans les établissements d'aide sociale. Ce décret dispose essentiellement que si un établissement d'aide sociale veut bien exécuter ses missions, il doit avoir une politique de qualité. De cette façon, il peut garantir à ses utilisateurs un bon service et une bonne aide. Ce décret s'applique à tous les établissements d'aide agréés par la Communauté flamande. Outre les établissements d'aide sociale agréés, les établissements qui ont introduit une demande d'agrément doivent se conformer au Décret de qualité. Au total, il s'agit d'un peu moins de 3.000 établissements.

Le décret de qualité a un champ d'application très vaste et très diversifié. Il dispose qu'en accomplissant sa mission, un établissement d'aide sociale offre un bon service et une bonne aide aux utilisateurs et qu'il développe une politique de qualité à cette fin.

Il est essentiel que la politique de qualité de l'établissement veille à ce que l'aide et le service offerts respectent les droits sociaux fondamentaux, soient efficaces et efficaces et que l'on puisse y recourir en permanence.

Le 17 octobre 2003, le Parlement flamand a adopté le Décret relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale. Ce décret prévoit l'harmonisation des décrets de qualité dans les domaines de l'aide sociale et de la santé. Les anciens décrets relatifs à la qualité sont abrogés mais les principes de qualité, appliqués depuis de nombreuses années déjà, restent d'application. Seul élément nouveau : les sanctions éventuelles. Bien que les normes d'agrément continuent de s'appliquer, un agrément peut uniquement être maintenu ou prolongé si la structure répond aux dispositions du nouveau décret sur la qualité et des arrêtés pris en vertu de ce décret. Une structure qui ne répond pas aux dispositions de ce

décret et des arrêtés précités se voit infliger une amende administrative allant de 100 à 100.000 euros. Le montant de l'amende administrative infligée est fixé en tenant compte du nombre et de la gravité des infractions aux dispositions décrétales.

Entre-temps, les arrêtés d'exécution pour les structures de soins (arrêté du Gouvernement flamand du 14 mai 2004), les hôpitaux psychiatriques (arrêté du Gouvernement flamand du 14 mai 2004) et pour l'intégration civique (arrêté ministériel du 17 janvier 2005) ont également été adoptés et publiés.

Le décret du 17 octobre 2003 a été mis en exécution en ce qui concerne les infrastructures pour les personnes handicapées par le biais de l'arrêté du Gouvernement flamand du 4 février 2011 relatif aux conditions générales d'agrément et de qualités des soins des infrastructures d'accueil, de traitement et d'encadrement des personnes handicapées – le texte de cet arrêté peut être consulté via le présent hyperlien :

<http://codex.Flandre.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1020146¶m=inhoud&ref=search>>. Cet arrêté remplace l'arrêté du 15 décembre 2000 relatif aux soins de qualité dans les infrastructures d'intégration sociale des personnes handicapées. L'élément nouveau de cet arrêté est qu'outre le manuel de qualité déjà existant et le système de qualité, il introduit une auto-évaluation que les infrastructures doivent exécuter en concertation avec les personnes handicapées traitées dans cette infrastructure de soins. Certains droits des personnes handicapées et traitées en infrastructures de soins et qui étaient repris dans d'autres réglementation ont été repris dans cet arrêté de sorte que les droits des personnes handicapées et soignées en institutions soient repris de manière claire et exhaustive dans un seul arrêté.

A. Début de la prise en charge :

Un principe de non-discrimination a été inséré faisant qu'une infrastructure ne peut refuser une personne handicapée sur la base de son origine ethnique, de sa nationalité, son sexe, son orientation sexuelle, ses origines sociales, ses convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses ou son manque de capacités financières.

Lorsqu'un établissement constate qu'il ne peut prodiguer un service apportant une réponse aux besoins et demandes de soins de la personne handicapée, il aiguille cette personne vers les instances qui rechercheront une solution par la médiation.

B. Conventions individuelles entre une personne handicapée et un établissement

L'arrêté reprend les 12 éléments qui doivent au minimum être convenus entre l'établissement et la personne handicapée. Dans le 'Protocole de séjour, traitement ou encadrement', on fixe toutes les dispositions contractuelles en ce qui concerne la nature du service, la durée de la convention, ainsi que les aspects matériels et financiers. Le 'Protocole' est une forme de convention standardisée commune à tous les utilisateurs.

Dans les 'convention de service individuelles', on fixe par écrit en concertation avec la personne handicapée ou son représentant le mode de soutien ainsi que la façon dont celui-ci sera assuré. A cet égard, on se base sur les expériences et avis de la personne handicapée, de sorte que le soutien constitue une réponse aux demandes de soins, tenant compte des possibilités de la personne handicapée. Cette convention détermine également quand et comment il pourra y avoir une évaluation et une adaptation en concertation avec la personne handicapée.

C. Droits et devoirs collectifs

Les droits et devoirs collectifs des personnes handicapées sont repris dans une 'Charte'. Ces droits et devoirs collectifs garantissent aux personnes handicapées le respect de leurs convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses, leur liberté et leur vie privée, leur sécurité et leur santé. La 'Charte' ne peut être modifiée qu'en concertation avec les personnes handicapées. Cette 'Charte' reprend clairement l'offre de l'établissement.

D. Droits des personnes handicapées

- Droit de parole individuel : la personne handicapée ou son représentant a droit à une information complète, précise et en temps sur tous les aspects relatifs à son accueil, son encadrement et son traitement

- Droit d'avis : Une concertation préalable avec la personne handicapée est obligatoire en cas de modifications à la 'convention de service individuelle' ou à la situation individuelle de résidence ou de vie

- Dossier individuel : La personne handicapée dispose d'un droit à ce que son dossier individuel soit correctement complété, conservé et a accès à celui-ci

- Droit de parole collectif : Au sein des établissements qui offrent des aides résidentielles, il est obligatoire de constituer un organe collectif de concertation. Cet organe est élu tous les quatre ans pour et par des personnes handicapées ou leurs représentants légaux. Les établissements qui n'offrent pas d'aide résidentielle, doivent installer une concertation collective avec les utilisateurs. Tant l'établissement que l'organe de concertation collective ont le droit d'initiative consistant à demander ou émettre des avis à propos de sujets portant sur la relation entre l'établissement et les personnes handicapées ou leur représentant. Au sein de ces organes de concertation, les établissements donnent aux personnes handicapées une information précise et en temps opportun à propos des éléments qui concernent la situation de résidence et de vie et sur tous les autres éléments qui intéressent les personnes handicapées en tant que groupe, en ce compris l'information relative aux comptes annuels et l'utilisation ciblée des moyens au sein de l'établissement. Une concertation préalable est obligatoire entre l'établissement et l'organe collectif pour toutes modifications dans le concept de l'établissement, les changements importants dans la situation générale de résidence et de vie et toutes les modifications apportées à la 'Charte'. Un délégué de l'organe collectif de concertation est invité comme observateur aux réunions du conseil d'administration du pouvoir organisateur de l'établissement.

- Droit de plainte : La 'Charte' prévoit aussi comment l'établissement doit traiter les remarques, suggestions et plaintes des personnes handicapées. Elle prévoit également la possibilité de dépôt de plainte écrite à laquelle l'établissement est tenu de répondre dans les trente jours. Si la réponse ne satisfait pas la personne handicapée, elle peut alors se tourner vers la commission de plaintes qui doit être instaurée au sein de chaque établissement. La commission de plaintes est composée tant d'un représentant de l'établissement que de personnes handicapées. La personne handicapée peut se faire assister devant la commission de plaintes. La commission de plaintes doit entendre toutes les parties concernées et tenter de concilier les points de vue. Lorsque le traitement en commission de plaintes ne satisfait toujours pas la personne handicapée, elle peut s'adresser aux autorités agréées et subsidiées, soit l'Agence Flamande pour les Personnes Handicapées. Une enquête sera alors menée et l'on vérifiera si l'établissement a respecté toutes les dispositions réglementaires.

E. Protection contre le licenciement :

L'arrêté détermine quelles sont les conditions pour que l'établissement puisse procéder à un licenciement écrit, motivé et unilatéral d'une personne handicapée. Si la personne handicapée conteste ce licenciement unilatéral, elle peut soumettre son cas à la commission de plaintes de l'établissement en vue d'une médiation. Pour toute médiation, la commission de plaintes est élargie à un tiers indépendant, de préférence expérimenté dans la médiation. Sous peine d'indemnités de rupture, on signifiera toujours au minimum un délai de préavis de trois mois en cas de licenciement unilatéral.

F. Intégrité :

L'établissement pratiquera une procédure de prévention, de détection et de réaction adéquate face à un comportement à la limite de l'acceptable face à une personne handicapée. Les cas de comportements à la limite de l'acceptable vis-à-vis d'une personne handicapée au sein de l'établissement doivent être signalés depuis le 1er septembre 2012 au point de signalement de la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

On y détermine dans quelles conditions on peut envisager des mesures préférentielles vis-à-vis d'une personne handicapée.

Le décret susmentionné du 17 octobre 2003 et le décret du 29 avril 1997 relatif aux soins de qualité dans les établissements de bien-être règlent le souci de la qualité dans les établissements **du secteur des personnes**

âgées. Grâce à ces 2 décrets, l'accent a été déplacé de l'input vers des normes d'output et du cadre de fonctionnement de l'établissement vers les effets sur l'utilisateur.

La mise en application du décret soins de qualité prévoit le développement d'un "cadre de références de qualité de résidence et de soins". Cela permettra aux établissements de procéder à du benchmarking.

2. Intégration du bien-être, de la santé et de l'égalité des chances par la politique sociale locale

La politique sociale locale est le résultat des actions que les CPAS, communes, autres autorités, organisations, semi-publiques, privées entreprennent en vue de concrétiser des droits sociaux fondamentaux pour tous. La Politique Sociale Locale vise une accessibilité maximale des services pour tous les citoyens et une atteinte optimale des groupes vulnérables au sein de la société. Le citoyen doit pouvoir exposer de manière simple et accessible sa demande / son problème au bon endroit.

Le projet Politique sociale locale veut :

- accorder un rôle de coordination plus important aux administrations locales
- parvenir à une plus grande intégration dans un terrain (celui du service) qui est fragmenté
- continuer à œuvrer à un service social accessible et convivial dans lequel le citoyen se retrouve facilement
- offrir aux organisations, groupes cibles et citoyens un plus grand nombre de possibilités de participation concrètes au développement de la Politique sociale locale.

Le 13 juillet 2001, le Gouvernement flamand a jeté les bases du Décret Politique sociale locale et du débat sur les tâches essentielles dans les domaines du bien-être, de la santé et de l'égalité des chances. Se basant sur des ouvrages administratifs sur la coordination et appliquant cela à la politique de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement flamand a opté pour le renforcement de la mission de coordination et de la fonction d'orientation et de guichet unique de l'administration locale.

L'administration locale a une légitimité démocratique, elle porte une grande responsabilité politique pour les développements au sein de la communauté locale, également à l'égard d'acteurs ne relevant pas de l'autorité hiérarchique de l'administration locale.

Les initiatives suivantes ont été mises en chantier :

- la réalisation d'un décret cadre pour la politique sociale locale ;
- la rédaction et la mise en œuvre d'un plan d'action concret pour la politique sociale locale ;
- le lancement d'un certain nombre de projets pilote concernant la Maison sociale.

Le 19 mars 2004, le Parlement flamand a adopté le Décret relatif à la Politique sociale locale. Ce décret fixe le cadre définitif pour le développement d'une Politique sociale locale intégrée.

Ce décret se fonde sur les droits sociaux fondamentaux et vise à éliminer l'inégalité d'accès à ces droits fondamentaux. Cette approche a été privilégiée car il faut éviter et supprimer autant que possible l'inégalité entre les citoyens dans l'accès aux droits fondamentaux et l'exercice de ces derniers. Y veiller est une mission clé de la Flandre et de ses pouvoirs locaux. Ceci signifie aussi que tous les citoyens sont encouragés et aidés à exercer leurs droits et que dans tous les domaines de la politique, il faut veiller à tenir compte des groupes vulnérables.

Ce point de départ implique que la politique sociale locale ne comprend pas seulement des actions axées sur ce que l'on appelle la « politique d'aide sociale et de santé classique » via des structures publiques et privées mais qu'elle concerne aussi d'autres domaines politiques. Cette politique a un caractère intégral en ce sens qu'elle offre un cadre global et cohérent pour différentes actions dans divers domaines politiques. Elle est inclusive car

elle tient compte dans tous les domaines politiques de l'impact des mesures proposées sur les droits fondamentaux de tous les citoyens et des plus vulnérables en particulier.

Afin d'arriver à une politique sociale locale intégrale et inclusive, la commune et le CPAS développent ensemble un plan faitier « politique sociale locale ». Ce processus de planification stratégique requiert une coopération plus intensive entre la commune et le CPAS. L'approche intégrée permet de réduire les coûts générés par le plan et d'accroître les profits que l'on en retire.

On réalise l'intégration des services fournis via la mise sur pied d'une Maison sociale qui remplit à la fois une fonction d'information, de guichet unique et d'orientation. Ce concept vise une accessibilité maximale des services pour tous les citoyens.

La participation des citoyens, des groupes cibles et des organisations sert de fil conducteur au décret. Une politique intégrée et un service intégré ne peuvent en effet être cohérents, démocratiques et efficaces que si les groupes autour desquels tourne la politique sociale locale y sont effectivement associés.

Les initiatives suivantes ont été prises au cours de la période 2005-2007 dans le cadre de la Politique Sociale Locale :

- Collaboration et planning : Afin que le service soit bien en concordance avec les besoins et d'en améliorer l'accessibilité, un bon planning est indispensable. L'administration locale recherche en collaboration avec les citoyens et les acteurs locaux les manquements, problèmes ou points d'amélioration dans l'accès aux services d'aide et d'assistance. En découlent des actions afin de faire face aux problèmes constatés. Ces actions sont rassemblées dans un plan pluriannuel.
 - o Le plan de politique sociale locale 2006-2007 fut une première étape dans la mise en place d'une politique sociale cohérente, intégrale et inclusive dans la commune.
 - o Un arrêté d'exécution pris en exécution du décret du 19 mars 2004 est entré en vigueur le 1er janvier 2006. Cet arrêté d'exécution règle les modalités en vue de rédiger un plan de politique sociale locale. Sur la base du modèle décrit dans l'arrêté d'exécution, deux séries de plans de politique ont été rédigés courant 2007 pour la période 2008-2014.

- Maison Sociale : Afin de réaliser une accessibilité maximale aux services pour chaque citoyen, les administrations locales ont mis en place une Maison Sociale. Ceci devient l'endroit où chaque citoyen peut adresser ses demandes en termes de services sociaux dans sa commune, son quartier. Le citoyen doit pouvoir adresser de manière simple et accessible sa demande / son problème afin d'obtenir l'assistance appropriée.
 - o De nombreuses communes disposent déjà d'une Maison Sociale ou y travaillent ardemment. Au départ de la mise en place des premières maisons sociales et des échanges entre le monde universitaire et les personnes de terrain, ces dernières années des instruments et documents ont été mis à disposition que les administrations locales peuvent utiliser dans le cadre de la réalisation de leur Maison Sociale

- La participation est également un des piliers centraux d'une politique Sociale Locale. Un plan de politique sociale locale qui est mis en place par le biais de la concertation sera davantage soutenu et défendu et sera également plus facile à traduire dans la réalité. Impliquer les citoyens, les groupes cible, les organisations socio-éducatives, ... requiert une approche sur mesure
 - o Afin d'assister l'administration locale, de "bonnes pratiques" en matière de participation ont été collectées et publiées. Un scénario a également été rédigé afin d'impliquer les citoyens ayant des intérêts moins marqués dans la politique sociale locale

Pour de plus amples informations : <http://www.wvc.Flandre.be/lokaalsociaalbeleid>

Aide sociale générale

Les autorités flamandes reconnaissent et subventionnent les centres d'aide sociale générale, conformément au décret du 19 décembre 1997 relatif à l'aide sociale générale et l'arrêté du Gouvernement flamand du 12

octobre 2001 pris en exécution du décret van 19 décembre 1997 relatif à l'aide sociale générale. Le secteur de l'aide sociale générale sert de tampon entre les dispositifs sociaux de base d'une part et les secteurs de soins plus lourds. Il s'agit d'un secteur qui est en mesure, via un modèle d'organisation souple, d'accomplir des tâches qui répondent aux besoins de tous les citoyens mais qui s'adresse en priorité aux personnes et groupes présentant un risque accru de vulnérabilité, notamment les personnes en insécurité d'existence, les enfants et les jeunes en situations problématiques, les prisonniers, les sans-abri, les victimes de délits, ...

Le point de départ est le suivant : un service et une aide directement et facilement accessibles et bien répartis géographiquement répondant à un large éventail de problèmes sociaux et psychosociaux en accordant une attention particulière à divers groupes à risques et groupes difficiles à toucher.

Le financement des centres d'aide sociale générale se fait par l'octroi d'une enveloppe de subvention gérée par les centres eux-mêmes. Pour ce faire, ils doivent assurer certaines tâches, fournir certaines prestations (heures d'ouverture, nuitées,...), prester un certain nombre d'heures d'occupation et atteindre un certain niveau de qualité

En ce qui concerne le service et l'aide proposés, les centres doivent respecter les dispositions du Décret du 29 avril 1997, suivi par le Décret de 2003 relatif à la gestion de la qualité. Pour les mettre en œuvre, un certain nombre de normes minimales ont été reprises explicitement dans la réglementation en vigueur en tant que conditions d'agrément. Il s'agit principalement de normes en matière d'orientation utilisateur, d'acceptabilité sociale, d'efficacité, d'efficience et de continuité du service. En outre, la réglementation stipule les normes auxquelles l'infrastructure et l'équipement des centres doivent répondre et la politique de qualité (manuel de qualité et planification de qualité) que ces centres doivent développer.

En plus des exigences minimales de qualité en matière d'expertise, chaque centre veille à ce que les

professionnels qui offrent une aide directe aux utilisateurs disposent des qualifications requises. Ces exigences de qualification ont trait tant au diplôme qu'à l'expérience. Le centre qui fonctionne avec des bénévoles engage des personnes qui ont ou qui peuvent développer certaines aptitudes et attitudes en rapport avec les tâches qui leur sont confiées. Le centre leur offre pour ce faire formation et assistance.

L'administration compétente contrôle sur place ou sur pièces le respect des conditions d'agrément et de subventionnement. Lorsqu'un centre ne répond plus à une ou plusieurs conditions d'agrément ou de

subventionnement, lorsqu'une fraude aux subventions est constatée dans un centre ou lorsqu'un centre ne collabore pas au contrôle, le ministre peut retirer l'agrément ou arrêter totalement ou en partie le

subventionnement pendant un délai qu'il détermine ou il peut recouvrer en tout ou en partie l'enveloppe de subvention accordée pendant un délai qu'il détermine. Pour ce faire, il convient de suivre toutes les étapes de la procédure, telles que définies dans la réglementation, et d'épuiser toutes les possibilités de recours.

On distingue 2 types de structures dans ce cadre : les centres autonomes d'aide sociale générale, et les centres de télé-accueil.

Il existe **25 centres autonomes d'aide sociale générale**, En principe, ces centres s'adressent à toute la population mais ils accordent une attention spécifique aux personnes, familles et groupes de population présentant un risque accru de vulnérabilité. Ceux-ci peuvent se rendre dans les centres avec toutes sortes de questions et de problèmes : difficultés psychiques, relations, famille et éducation, administration sociale, finances, problèmes existentiels, logement, loisirs, santé (assuétudes),...

En 2006, un centre complémentaire d'aide sociale générale a été reconnu dans le cadre des mutualités, portant ainsi le nombre total de centres de 35 à 36. Le budget total a été augmenté à 11.503.453 euros en 2005, à 12.075.113 euros en 2006 et à 12.921.907 en 2007. Le nombre d'ETP agréés s'élevait à 388,7 FTE en 2005, 389,7 FTE en 2006 et 399,86 FTE en 2007.

Il existe 5 centres de **télé-accueil**. A côté de leur permanence téléphonique complète (24 heures sur 24), leur offre d'aide online a été élargie.

Ces personnes constituent le cadre professionnel qui veille à la politique, à l'organisation et à

l'accompagnement des quelque 500 bénévoles qui assurent l'aide par téléphone.

Les centres autonomes d'aide sociale générale peuvent, en plus de leur mission générale, être chargés de tâches à l'intention de certains groupes cibles, pour répondre à certains besoins et/ou problèmes régionaux. Ces tâches supplémentaires doivent concerner une ou plusieurs des activités suivantes : activités déployées conformément à une réglementation autre que celle relative à l'aide sociale générale, activités au sujet desquelles une convention formelle a été conclue avec une autre autorité ou instance, activités qui sont entièrement ou partiellement financées par des moyens publics autres que le budget de l'aide sociale générale.

Il s'agit principalement des activités suivantes :

- Aide et Assistance aux détenus et à leurs proches

La Communauté Flamande veut garantir que les personnes qui entrent en contact avec la criminalité puissent exercer leur droit à l'aide et l'assistance. Un détenu reste en effet membre de la société et garde son droit à l'aide et l'assistance sociale. Dans la mise en place de cette aide et assistance, il importe de garder le lien avec les établissements réguliers et de les renforcer. L'aide et l'assistance aux détenus ne peut être réalisée que par le développement d'une collaboration constructive avec toutes les personnes concernées, en particulier le personnel pénitentiaire. Une politique intégrale et d'inclusion suppose dans ce cadre une mission partagée ainsi qu'une vision et une opérationnalisation d'un plan stratégique commun.

De 2003 à 2005, le plan stratégique 'Aide et Assistance aux détenus' a été mis en place dans une région pilote (Anvers, Bruges et en Campine). En 2006, ce plan a été étendu à Hasselt et en 2007 à Gand. En 2008, il a été étendu aux autres prisons (Malines, Termonde, Audenarde, Ypres, Louvain-Hulp, Louvain-Central, Ruiselede et aux prisons bruxelloises.

- aide sociale et service social aux victimes de délits.

- aide aux délinquants sexuels.

- sélection des candidats-adoptants, rapports familiaux et fourniture d'avis dans le cadre d'une adoption internationale

- médiation de dettes

- accompagnement en cas de contacts parents-enfants interrompus ou conflictuels. Cela fut encore

subventionné par l'autorité fédérale en 2003 mais on y affecta 33 équivalents temps plein en 2004.

L'aide et l'assistance que les centres publics d'action sociale et les centres d'assistance familiale intégrale offrent les ont toujours sur une base volontaire. Le client est impliqué autant que faire se peut au processus d'assistance et à ses différentes étapes.

Cfr. Conclusions XVIII-2, paragraphe 2: "il ne ressort pas clairement du rapport si le réseau de services qui existe en communauté flamande s'appuie également sur des prestataires non publics. "

Les autorités flamandes reconnaissent et subventionnent les centres d'aides sociale générale et les centres d'assistance familiale intégrale. Il s'agit d'ASBL (associations sans but lucratif) et donc pas d'instances publiques. Le personnel employé dans ces centres n'est donc pas du personnel public.

Sites Web :

<http://www.wvg.Flandre.be/algemeenwelzijnswerk>

<http://www.wvg.Flandre.be/welzijnjustitie>

Politique des seniors

La politique des seniors en Flandre est en premier lieu une politique de soins. Elle permet d'adresser des infrastructures et associations qui prodiguent des soins aux utilisateurs dans un cadre résidentiel, semi-résidentiel et ambulatoire.

Son organisation trouve son origine dans deux décrets : D'une part, le décret relatif aux soins aux personnes âgées de 1985 (titre complet: "[Décret du 5 mars 1985](#) réglant l'agrément et le subventionnement des infrastructures pour personnes âgées") s'adressant spécifiquement aux personnes âgées (personnes à partir de 60 ans), d'autre part, le décret relatif aux soins à domicile de 1998 (titre complet: "[Décret du 14 juillet 1998](#) portant l'agrément et le subventionnement des associations et associations socio-éducatives dans le secteur des soins à domicile") qui s'adresse certes à chaque utilisateur qui au départ d'une situation de besoin fait appel aux soins à domicile, mais qui dans la pratique veut rencontrer les besoins des personnes âgées.

Les infrastructures de base (maisons de repos, flat service ou complexes résidentiels avec service et services de soins familiaux) sont encadrées par des infrastructures de soutien comme les centres de services locaux, les centres de soins de jour et les centres de court séjour.

L'organisation du paysage des soins veut rencontrer certaines tendances sociales constatées ces dernières années :

- Le vieillissement croissant de la population
Le nombre de sexagénaires en Flandre augmentera davantage entre 2010 et 2020. S'ajoute à cela le phénomène de "vieillesse dans le vieillissement" : Une forte augmentation du nombre de personnes de plus de 75, ainsi qu'une augmentation proportionnelle du nombre de personnes de plus de 85.

On s'attend à ce que la demande de soins financièrement accessibles augmente chez les personnes âgées, d'une part par l'augmentation permanente de l'espérance de vie et les problèmes y afférents de nature sociale et médicale à un âge très élevé et d'autre part, par la capacité réduite des réseaux familiaux : le nombre de générations augmente dans les familles, tandis que la taille de chaque génération diminue, en raison de la tendance générale à avoir moins d'enfants. En conséquence, les capacités d'accueil et de soins pour les personnes âgées au sein des structures familiales diminuent.

- Services extra- et transmuraux en augmentation / part plus importante de personnes âgées (fortement) dépendantes dans la population des maisons de repos.
- Pression financière croissance tant pour les pouvoirs publics, que les infrastructures et le client.
- Professionnalisation accrue du secteur : Le prestataire de soins doit déterminer sa stratégie dans un contexte plus large de politique de soins (plus) transparente et cohérente, avec une attention pour tous les aspects qui en découlent : politique du personnel, politique des prix, législation environnementale, prévention incendie, respect de la vie privée, administrateurs provisoires... On constate l'apparition d'une nécessité de management des soins, pas seulement dans leurs contenus, mais également au plan organisationnel.
- Le contexte social s'est diversifié, est plus exigeant, non seulement dans le chef du "consommateur" et de son environnement (famille, personne de confiance...), tandis que d'autre part, la dualité augmente. Le senior d'aujourd'hui et de demain est plus revendicatif et mieux informé, a suivi une meilleure formation, à des exigences supérieures en termes de qualité de vie, de résidence et de soins et commence à développer un pouvoir d'achat plus important. Le futur senior posera incontestablement des exigences de confort supérieures face à son environnement de résidence, même dans le cadre de soins résidentiels. Le passage aux chambres individuelles plus grandes est déjà en marche. La demande d'utilisation de moyens de communication modernes va également augmenter dans le secteur des personnes âgées.

D'autre part, il apparaît que nos établissements de soins n'atteignent pas ou très peu les groupes défavorisés et isolés et qu'ils devront mener une politique active afin de faire en sorte que leurs services soient également accessibles pour ce groupe cible.
- Individualisation de la demande : le client veut également pouvoir composer lui-même son éventail de soins en fonction de ses besoins individuels ("care-shopping")

- En termes d’infrastructures, le concept “construction adaptable et écologique” fait son arrivée. La flexibilité des matériaux de construction, des applications domotiques ciblées, des applications de sols adaptés afin d’éviter les différences de niveaux, des meubles ergonomiques, des objets et des espaces adaptés aux voitures permettent également que les personnes à autonomie réduite puissent continuer de vivre dans leur environnement familial.

La politique réagit à ces évolutions sociales d’une part en faisant mieux concorder l’offre à la demande et d’autre part, en créant les textes légaux qui transforment certaines possibilités en obligations :

- Augmentation de l’offre des infrastructures de maisons de repos (de 62.326 au 1/1/2005 à 64.354 au 1/1/2008)
- Développement des services de soins à domicile. En voici un aperçu :

Evolution du nombre de services de soins à domicile agréés et/ou subventionnés

Dans la région Flamande et de Bruxelles Capitale, 2005-2012

type de services	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Centres régionaux de services	50	51	57	59	59	59	59	59
Centres locaux de services	151	155	163	172	182	182	188	191
Services de soins familiaux et à domicile - Volet soins familiaux	127	126	126	126	126	127	127	127
Services de soins familiaux et à domicile - Volet soins à domicile complémentaires et services d’aide logistique				128	123	127	127	129
Associations pour utilisateurs et membres de l’entourage	5	5	5	5	5	6	6	6
Services d’assistance de garde	47	49	49	49	49	49	47	46
Initiatives de collaboration en soins à domicile (SIT)	23	23	21	21	21	Stoppé le 01/01/2010		
Initiatives de collaboration soins de santé 1ère ligne (SEL’s)						15	15	15
Réseaux palliatifs						15	15	15

- Développement d'une assurance dépendance (cette indemnité s'élève depuis le 1er mars 2009 à 130 euros par mois tant pour les soins à domicile et prodigués par l'entourage que pour les soins résidentiel); Une enquête démontre que pour les utilisateurs de soins de longue durée, les frais fortement augmentés de soins non médicaux sont quasi intégralement remboursés par les indemnités versées par l'assurance dépendance. Au sein de l'assurance dépendance flamande, il est fait une différence entre d'une part, les infrastructures de soins à domicile professionnelle et d'autre part, les infrastructures de soins résidentielles.

Les prises en charge de soins à domicile ou prodigués par l'entourage et allouée de manière forfaitaire à la personne tant en Flandre qu'à Bruxelles, indépendamment de l'aide que les infrastructures professionnelles de soins à domicile offrent (ex. Service de soins à la famille, flats service, centres de soins de jour, centre de court séjour ...).

Les établissements résidentiels peuvent être ventilés en centres de résidence, Maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de soins psychiatriques (MSP). Lorsque ces établissements sont agréés par la Communauté flamande, leurs résidents peuvent être pris en compte pour l'assurance dépendance. Les résidents de tous les établissements bruxellois entrent depuis le 9 novembre 2007 en considération pour l'assurance dépendance.

- Nouveaux projets d'emploi comme l'accord social du 1er mars 2000 et le soutien de la fonction d'animation.

Ainsi, la norme de personnel en matière d'experts en animation et activation a-t-elle été augmentée à dater du 1er juillet 2003 d'une fonction mi-temps par tranche de 30 places de résidents agréées avec une réduction jusqu'à 0,25 ETP à partir de 120 places de résidents. Lors de l'introduction de cette norme d'animation, le subventionnement fut également réglé pour les maisons de repos exploitées par les pouvoirs publics et les ASBL. Ces subventions proviennent partiellement des moyens libérés à la suite de la régularisation TCT. A partir du 1er janvier 2006, les centres agréés de court séjour sont également entrés en considération pour la subvention pour animation.

Des exigences de qualification ont également été fixées pour les experts en animation et activation.

Pour l'année de fonctionnement 2008, tenant compte d'un taux d'occupation de 1.035 ETP d'experts en animation et activation dans les établissements exploités par les ASBL et pouvoirs publics, une subvention totale de 30.522.240,42 euros a été attribuée. Il s'agit d'une augmentation de 6.147.283,82 euros par rapport à l'année 2005.

Les maisons de repos qui emploient actuellement encore des personnes dans un ancien statut TCT s'ajoutent à l'animation pour un supplément TCT. Le supplément total TCT pour l'année 2008 s'élevait à 6.510.073,98 euros.

- Implémentation du décret de qualité pour les différents secteurs socio-éducatifs
- Mise en concordance avec les autorités fédérales, aboutissant à un troisième protocole d'accord pour les soins aux personnes âgées
- Dans le contexte des subventions (VIPA), on prévoit l'obligation d'explication d'une stratégie de soins locale / le nombre de m² admis par possibilité de résidence subventionnable a été augmenté à 65m² / les normes de confort individuelles ont également été augmentées
- Il existe une collaboration accrue avec les partenaires stratégiques qui est également soutenue financièrement et où cela est possible, une convention est conclue : centres d'expertise de la démence, Le Comité de Concertation des Seniors.

Les centres d'expertise de la démence de Flandre sont issus de la nécessité d'une information et d'un encadrement de tous ceux qui sont confrontés à la démence. En dépit de l'attention accrue dans les médias pour la démence, il subsiste de nombreux malentendus. De nombreuses personnes concernées directement n'osent pas parler par honte et en raison d'un sentiment de culpabilité, ce qui ne facilite pas la possibilité de mener une discussion ouverte à propos de la maladie. Cet obstacle a été à l'origine de la création des centres d'expertise qui sont expressément un point de contact facile d'accès pour tous.

Quelques mots d'explication quant au Comité de Concertation des Seniors.

En 2001, la Flandre a entamé avec les organisations faitières et les partenaires du secteur une concertation relative à nouvelle politique flamande vis-à-vis des seniors. Les contributions des différents groupes de travail n'ont à l'époque pas abouti à une initiative législative, mais ont fourni de nombreux documents de valeur en vue d'orienter la politique à l'attention des seniors. Tout d'abord en ce qui concerne la collaboration avec les organisations partenaires ou les experts externes : le paysage des soins se complexifie, les demandes individuelles d'aide nécessitent souvent une approche multidisciplinaire. Les pouvoirs publics doivent à cet égard collaborer avec des organisations compétentes qui sont mieux placées afin de clarifier certaines demandes de soins tant en matière de diagnostic, que de traitement et de modèle organisationnel. L'analyse d'impact introduite dès le développement de la nouvelle réglementation constitue le point de départ de ce modèle.

Deuxièmement, la création d'un budget (substantiel) pour le renouvellement des soins.

Troisièmement : une meilleure concordance entre les "prestataires de soins traditionnels" par rapport aux défis sociaux manifestes : une offre pour les minorités culturelles et ethniques, la détection des plus faibles socialement, la professionnalisation et la spécialisation. Ces dernières années, 5 projets relatifs à "accessibilité aux établissements seniors pour les allochtones" ont été sélectionnés en vue d'être subventionnés. Les soins à domicile portent également attention à la problématique des seniors allochtones. Par le biais d'une politique commune entre le centre de services local et les organisations d'assistance, on veut par exemple que les seniors allochtones et le secteur (des soins) fassent connaissance dans un stade anticipé et sur une base volontaire. En 2005, les autorités ont délivré 45000,00 euros pour le projet "Développement d'un programme de formation à propos des soins aux seniors allochtones dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins " pour la période allant du 1er décembre 2005 au 30 septembre 2006, dans le cadre duquel 10 établissements pour personnes âgées de Bruxelles, Anvers, Gand, Louvain, Malines et Genk ont été impliqués à la participation d'une étude préparatoire. Dans ces établissements, 28 interviews ont été réalisées avec la direction, le personnel de cadres et les membres moins qualifiés afin de bien déterminer les besoins de soins spécifiques des seniors étrangers. En 2004 et 2005, les autorités flamandes ont distribué des moyens financiers du Fonds Social Européen à certains centres de formation visant à mettre en place des trajets de formation individualisés pour soignants polyvalents à l'attention de candidats allochtones. Enfin, les autorités flamandes ont prodigué des subventions en vue de soutenir un cours pour assistants et soignants dans le secteur des soins à domicile et aux personnes âgées afin de savoir comment se comporter face à des seniors d'origine étrangères et des seniors holebi.

Le décret sur les services de soins et de logement du 13 mars 2009 est le décret intégral réglant les soins à domicile et les soins résidentiels aux seniors. Il a remplacé tant le décret sur les soins à domicile de 1998 que le décret sur les personnes âgées de 1985. Dans ce décret, les formes existantes et nouvelles de soins à domicile, de soins complémentaires et de soins résidentiels aux personnes âgées sont combinées. Ce décret a trois objectifs prioritaires :

- Offrir des soins sur mesure à l'utilisateur et créer un continuum de soins de qualité, par une combinaison correcte et individuel des soins personnels, de l'entourage et du secteur professionnel ;
- Actualiser la réglementation des soins, du logement et du bien-être et les mettre en concordance afin de faciliter et d'encourager la collaboration entre les soins à domicile, les soins prodigués par l'entourage et les soins résidentiels;
- Accroître la qualité du logement et des soins en répondant correctement aux besoins individuels physiques et psychiques du demandeur, avec l'attention suffisante pour l'inclusion sociale et le bien-être de la personne dépendante de soins.

Le décret sur les services de soins et de logement est en outre concrétisé dans trois arrêtés d'exécution, comme l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 juin 2009 relatif aux procédures des établissements de soins et de logement et associations d'utilisateurs et personnes de l'entourage. Cet arrêté comporte également des dispositions sur les modifications, suspensions et retrait de l'agrément, la fermeture des bâtiments d'un établissement de soins et de logement et la diminution ou le retrait des subventions. L'arrêté règle également

la procédure de candidature qui s'applique à tout qui offre un service de soins et de logement de manière organisée et structurée.

En exécution du [décret du 30 avril 2004](#) portant sur la stimulation d'une politique flamande des personnes âgées inclusive et d'une politique participative, les autorités ont également œuvré à une politique générique des personnes âgées. Cette approche repose sur cinq piliers :

- La désignation d'un ministre de coordination de la politique des personnes âgées
- La désignation d'un conseil flamand des personnes âgées
- L'organisation d'une enquête scientifique en matière de participation sociale liée à l'âge
- Le développement d'une politique locale des personnes âgées
- La rédaction d'un plan politique des personnes âgées

Entre-temps, le Gouvernement flamand a désigné le ministre du bien-être, de la Santé Publique et de la Famille comme ministre de coordination de la politique des personnes âgées et le Comité de Concertation des Seniors a été désigné comme représentant officiel du Conseil Flamand des personnes âgées qui doit conseiller le politique dans les matières qui concerne les personnes âgées et communiquer à ce propos avec le groupe cible. La subvention indexée annuellement garantie structurellement à cet organe jusque la fin de l'actuelle législature s'élevait en 2009 à 326000,00 euros.

Mener une enquête scientifique à propos des personnes âgées est une des missions du point d'appui Bien-être, Santé publique et Famille pour des recherches innovatrices politiques. En outre, les autorités flamandes participent à CoViVe, le consortium pour le vieillissement de la population en Flandre et en Europe qui étudie l'impact socio-économique du vieillissement en Flandre et en Europe et collaborent avec le centre d'expertise du département WVG, le centre d'étude du Gouvernement flamand et le point d'appui Egalité des chances, reliés à l'université d'Anvers, afin de mieux soutenir de manière scientifique la politique vis-à-vis des personnes âgées.

En 2006, on a travaillé à la première étape de la mise en place d'une politique tournée vers les personnes âgées au plan local. Ainsi une somme de 148.000 euros a-t-elle été libérée en vue d'organiser la formation et/ou le recyclage des coordinateurs locaux en politique des personnes âgées.

Le volet final (provisoire) de cette mise en exécution constitue l'approbation le 27 avril 2007 du premier plan flamand de politique à l'attention des personnes âgées indiquant la mission et la vision des Autorités Flamandes vis-à-vis des personnes âgées et décrivant les actions entreprises et planifiées à leur attention.

Pour plus d'informations : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/ouderenzorg.aspx>

Aide à la famille

La Communauté flamande agréée et subventionne les centres d'aide intégrale à la famille. Ceci se fait conformément à l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 1997 réglant l'agrément et le subventionnement des centres d'aide intégrale aux familles, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand du 8 décembre 1998, du 21 janvier 2000, du 17 juillet 2000, du 30 mars 2001, du 23 novembre 2001, du 25 octobre 2002, du 7 novembre 2003 du 22 juillet 2005, du 31 mars 2006, du 28 avril 2006 en du 8 septembre 2006.

Un centre d'aide intégrale à la famille est une structure qui veille à l'accompagnement ambulatoire ou à l'accueil et à l'accompagnement résidentiels ou semi-résidentiels de futures mères et de parents et d'enfants.

Le centre offre admission et accompagnement aux familles et aux membres de famille dont le fonctionnement familial est devenu si problématique que la désintégration de la famille constitue une menace réelle. On y aborde toutes sortes de problèmes tels que la maltraitance du partenaire et /ou des enfants, l'inceste, l'assuétude, les mères mineures ou les futures mères mineures, etc.

L'accueil et /ou l'accompagnement visent à éviter la désintégration familiale, à augmenter l'assise des familles et à réduire la charge qui pèse sur les membres de la famille, à améliorer les aptitudes relationnelles,

l'émancipation et l'intégration sociale. On essaye aussi longtemps que faire se peut d'associer tous les membres de la famille à ce processus.

En ce qui concerne l'aide et les services fournis, les centres doivent respecter les dispositions du Décret du 29 avril 1997, suivi par le Décret de 2003 relatif à la gestion de la qualité. Ces dispositions sont concrétisées dans un arrêté ministériel et concernent les normes en matière d'orientation utilisateurs, d'acceptabilité sociale, d'efficacité, d'efficience et de continuité de l'aide. En outre, cet arrêté ministériel détermine la politique de qualité (manuel de qualité et planification de la qualité) que les centres doivent développer.

L'administration compétente contrôle sur place ou sur pièces le respect des conditions d'agrément et de subventionnement. Si le centre ne remplit plus une ou plusieurs conditions d'agrément ou de subventionnement, si une fraude aux subventions est constatée dans un centre ou si le centre ne collabore pas au contrôle, le ministre peut retirer l'agrément ou stopper entièrement ou partiellement le subventionnement pour un délai à déterminer par lui et / ou récupérer entièrement ou partiellement l'enveloppe de subvention déjà versée pour un délai à déterminer par lui. Il doit d'abord suivre toutes les étapes de la procédure, telles que fixées par la réglementation, et toutes les possibilités de recours doivent être épuisées.

Six centres d'aide intégrale à la famille sont agréés en Flandre. Ils sont constitués sous la forme d'asbl. Chaque centre doit disposer d'une équipe du personnel comprenant au moins une direction, un staff, une fonction d'accompagnement, administrative et/ou logistique ; cette équipe doit se composer au moins de 5 équivalents temps plein. Au total ce sont 95,35 équivalents temps plein qui ont été occupés et subventionnés tant en 2003 qu'en 2004.

Le financement de ces centres se fait via le principe de la subvention salariale individuelle, telle que concrétisée dans la réglementation. La subvention totale s'élevait à 4.844,84 euros en 2003 et 5.046 euros en 2004. Le budget total a été augmenté jusqu'à 5.243.170 euro en 2005, à 5.423.387,89 euro en 2006 et à 5.501.920.50 euro en 2007.

Aide à domicile

Un accès égal et effectif est-il garanti? (impossibilité de s'assumer, accès individuel, etc...)

Les ressortissants des autres Etats membres bénéficient-ils d'une égalité de traitement quant à cet accès ? Dans les services sociaux privés également ?

Nombre de services sociaux et de bénéficiaires ?

Existe-t-il un agrément des services sociaux, un contrôle sur le financement et leur fonctionnement ?

Les usagers sont-ils associés au processus décisionnel dans les services sociaux ?

Quel contrôle existe-t-il sur les services sociaux privés ?

Réponses aux questions susmentionnées :

Les établissements de soins à domicile sont agréés et subventionnés par les autorités flamandes. Toute personne ayant son lieu de séjour de faits en région flamande ou de Bruxelles Capitale peut faire appel à cet établissement (en d'autres termes, également lorsque l'on n'est pas de nationalité belge).

L'Agence Flamande Soins et Santé et l'Agence de l'Inspection WVG sont chargées du contrôle des établissements de soins à domicile, tant publiques (surtout des CPAS) que privées (ASBL). Ces agences vérifient si ces établissements respectent les normes d'agrément et répondent aux conditions pour entrer en considération pour des subventions.

Les principales normes d'agrément sont les normes de qualité qui doivent garantir que l'utilisateur qui fait appel à un établissement de soins à domicile recevra une assistance de qualité. Diverses normes de qualité tiennent compte de l'assistance sur mesure et il est dès lors important dans ce cadre que l'utilisateur s'exprime et soit informé et impliqué dans cette assistance.

Le Gouvernement flamand a adopté le 24 juillet 1997 l'arrêté réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aide aux familles et aux personnes âgées (maintenant les services d'aide à la famille). A cette occasion, on a actualisé le statut vieux de 11 ans des « aides familiales et aides seniors » et on en a fait le statut de « l'aide-soignante ». Ce statut tient compte de la mutation des besoins des utilisateurs de soins à domicile et des évolutions au sein de la profession.

On travaille actuellement à l'actualisation du statut du soignant qui date de 1997. Le 18 juillet 2008, le Gouvernement flamand a notamment ratifié le décret relatif à la délivrance de soins et d'assistance. Les objectifs de ce décret sont :

- Offrir la sécurité juridique nécessaire aux membres du personnel qui prodiguent de l'aide et de l'assistance dans un établissement de bien-être agréé ou sous le contrôle de la Communauté Flamande;
- Imposer des exigences qualitatives minimales aux personnes qui exécutent des tâches professionnelles de soins et d'assistance, qu'elles soient ou non des collaborateurs des établissements de bien-être.

Ce décret est un décret cadre qui doit maintenant être mis en place par secteur par un arrêté du Gouvernement flamand, dans le cadre duquel les soins à domicile seront traités. L'objectif de cet arrêté est de créer la sécurité juridique nécessaire pour le personnel soignant des services de soins aux familles et d'actualiser la liste de leurs tâches. En outre, cet arrêté permet également d'imposer des exigences de qualité minimale à toute personne qui exécute des tâches professionnelles de soins et d'assistance dans le milieu naturel du domicile de l'utilisateur. De la sorte, les autorités peuvent donner la garantie aux utilisateurs qui font appel à des établissements non agréés ou des personnes individuelles pour des soins et de l'assistance qu'il s'agit de personnel qualifié.

L'aide familiale et l'aide aux personnes âgées ont été intégrées dans les soins à domicile par le Décret du 14 juillet 1998.

Ce Décret « Soins à domicile » prévoit six structures et une association :

- les services d'aide familiale (anciennement les services d'aide à la famille et aux personnes âgées)

Mission : proposer des soins personnels, une aide-ménagère et une aide au nettoyage, proposer un soutien et un accompagnement psychosocial et pédagogique général en rapport avec les soins personnels et l'aide-ménagère.

- le centre de services local

Mission : offrir aux habitants des activités de nature informative, récréative et formative en vue de renforcer le réseau social et offrir ou rendre accessible une aide lors des activités de la vie quotidienne.

- le service d'aide régional : informer les demandeurs d'aide, les intervenants de proximité et les bénévoles au sujet de toutes les structures agréées de la région, au sujet de l'aide et des services matériels et immatériels et au sujet des interventions sociales ; donner son avis sur l'aide et les services matériels et immatériels et sur les interventions sociales et les rendre accessibles ainsi que organiser et soutenir l'aide volontaire.

- le centre de soins de jour

Mission : proposer aux demandeurs d'aide, dans des locaux réservés à cet effet, sans logement, des soins de jour ainsi que, en tout ou en partie, une aide familiale et ménagère usuelle.

- le centre de court séjour

Mission : proposer aux demandeurs d'aide, dans des locaux réservés à cet effet, pendant la nuit ou une période limitée, un séjour ainsi que, en tout ou en partie, une aide familiale et ménagère usuelle.

- le service de garde

Mission : coordonner la demande et l'offre en matière de services de garde, en collaboration avec les Volontaires

- l'association des demandeurs d'aide et des aidants proches

Mission : soutenir les demandeurs d'aide et leurs aidants proches et reconnaître et défendre leurs intérêts communs

La programmation pour 2008 :

- *Les services d'aide familiale :*

Il existe 128 services agréés d'aide à la famille ; 20 d'entre eux sont organisés par une association (ASBL), les 108 autres par des CPAS. Au total, on a accordé 15.562.464 heures.

- *Les centres de services locaux :*

On prévoit 577 centres de services locaux, soit 149 centres en province d'Anvers, 99 en Brabant

flamand, 77 dans le Limbourg, 126 en Flandre orientale, 106 en Flandre occidentale et 20 à Bruxelles-Capitale. 170 centres d'entre ces 577 sont déjà agréés : 57 centres en Anvers, 19 en Brabant flamand, 20 dans le Limbourg, 24 en Flandre orientale, 38 en Flandre occidentale et 12 à Bruxelles.

- *Les centres de services régionaux :*

On prévoit 60 centres de services régionaux, soit 16 centres en province d'Anvers, 10 en Brabant flamand, 8 dans le Limbourg, 13 en Flandre orientale, 11 en Flandre occidentale et 2 à Bruxelles-Capitale. Sauf qu'en Brabant flamand, la programmation est complète dans tous les provinces. En Brabant flamand on a 7 centres agréés sur 10.

- ***Aide familiale et à domicile***

<i>Aperçu de l'aide familiale et à domicile au 30/03/2012</i>			
Type organisation	<u>nombre d'organisations</u>	Heures agréées (2010)	<u>Programmation heures/services</u>
<i>Services aide familiale et soins complémentaires à domicile – volet aide familiale</i>	127	16.632.091 heures	20.826.292 heures
<i>Services aide familiale et soins complémentaires à domicile – volet soins à domicile complémentaires et services aide logistique</i>	129		3.866.129,26 heures
<u>ETP</u> personnel logistique		2.331,07 ETP	2.331,07 ETP
<i>ETP travailleurs groupe cible</i>		197,98 ETP	227,64 ETP
<i>Services d'accueil</i>	5		6

Aperçu de l'aide familiale et à domicile au 30/03/2012

Type organisation	<u>nombre d'organisations</u>	Heures agréées (2010)	<u>Programmation heures/services</u>
<i>Services de garde</i>	46		63 services
<i>Services soins infirmiers à domicile</i>	198		250
<i>Centres de service local</i>	191		586 services
<i>Centres de service régional</i>	59		63 services
<i>Utilisateurs et membres de l'entourage</i>	6		6
<i>Services sociaux de la mutualité</i>	33	417,24 ETP	551,20 ETP
<i>Incitatives de collaboration soins de santé 1ère libre (SEL et GDT)</i>	15		15
<i>Réseaux palliatifs</i>	15		15

• *Services de garde :*

On a prévu 60 services de garde, soit 16 dans la province d'Anvers, 10 en Brabant flamand, 8 dans le Limbourg, 13 en Flandre orientale, 11 en Flandre occidentale et 2 à

Bruxelles-Capitale. 49 services d' entre ces 60 sont déjà agréés : 8 services en Anvers, 7 en Brabant flamand, 8 dans le Limbourg, 13 en Flandre orientale, 11 en Flandre occidentale et 2 à Bruxelles

• *Associations des demandeurs d'aide et des intervenants de proximité*

Il y en a 5 prévues.

Pour plus d'informations : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg.aspx> (informatie voor zorgaanbieders) en http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_thuiszorg.aspx (voor wie op zoek is naar gegevens van de thuiszorgvoorzieningen).

Offre de soins pour personnes handicapées

Nous donnons ci-dessous un aperçu de toutes les formes de services et établissements agréés par la VAPH (Agence Flamande de la Personne Handicapée) dans le secteur des soins. S'ajoute à cela la possibilité d'entrer en considération pour l'attribution d'un Budget d'Assistance Personnelle (PAB).

Par type de service ou d'établissement, nous reprenons ci-dessous le nombre agréé à ce moment, ainsi que le nombre de places d'accueil agréées. Le nombre de personnes qui recourent à cette offre de services et infrastructures – pour lequel nous nous sommes explicitement informés auprès du Conseil de l'Europe – est quasi équivalent au nombre de places agréées. Il arrive parfois que des personnes soient admises en surnombre dans un établissement.

La VAPH agréée et subventionne des structures et services qui sur une base collective prodiguent une assistance aux personnes handicapées. L'Agence n'organise pas elle-même de structures.

Ces structures prévoient l'accueil, le traitement et l'encadrement (secteur des soins) sur une base résidentielle (accueil de jour et de nuit), semi-résidentielle (accueil de jour) ou sur une base ambulatoire.

Les structures pour mineurs accueillent des personnes handicapées jusque l'âge de 21 ans, les structures pour adultes accueillent les personnes à partir de 18 ans :

A. Structures avec système d'internat pour mineurs

Ces structures offrent un accueil 24 heures sur 24 et l'encadrement et ceci chaque jour de l'année. Cela ne signifie pas que le mineur doit y être présent en permanence; cela est possible mais pas indispensable étant donné que les jeunes suivent le rythme scolaire et qu'ils peuvent rentrer autant que possible dans leur famille.

Les mineurs capables de suivre l'enseignement qui séjournent dans une structure avec système d'internat suivent généralement cet enseignement dans une école de l'enseignement spécial liée à l'internat ou externe. Les autres restent en permanence dans l'internat pour les autres activités qui visent à remplacer l'enseignement, ainsi que pour les soins et l'encadrement.

Dans certains cas, les internats se substituent réellement à la famille (par exemple lors de placement par la protection de la jeunesse). Dans les autres cas, ils soutiennent les familles; Dans ce cas, il y a une concertation permanente avec les parents et les autres membres de la famille. Des admissions à temps partiel sont également possibles.

Au 31 décembre 2011, il y avait 59 internats comptant 4.928 lits.

B. Structures de semi-internats pour mineurs

Contrairement aux internats, les semi-internats pour mineurs ne sont ouverts que de 8 à 18 heures.

Les mineurs handicapés aptes à suivre les cours doivent être présents 8 heures par jour. Les semi-internats sont d'ailleurs souvent reliés à une école de l'enseignement spécial. Les mineurs handicapés non scolarisables doivent être présents au minimum 6 heures par jour.

Les structures avec système de semi-internat remplissent davantage une fonction de soutien de la famille et de complément de celle-ci. Dans certaines situations, elles permettent d'éviter un placement en internat. Il existe également des possibilités d'admissions à temps partiel.

Au 31 décembre 2011, il existait 63 semi-internats agréés pour 3.768 places.

C. Centres d'observation, d'orientation, de traitement médical, psychologique et pédagogique (les centres d'observation)

Ces établissements s'adressent aux mineurs handicapés caractériels et/ou handicapés mentaux. La durée de séjour est en principe limitée, mais une prolongation peut être autorisée.

Le centre d'observation mène une enquête multidisciplinaire quant aux aspects neuropsychiatriques, psychopédagogiques et sociaux du handicap. Il rédige un rapport à propos du traitement à suivre, l'approche pédagogique et l'admission éventuelle dans un établissement spécialisé.

Le centre peut entamer le traitement à tout moment de la phase d'observation, c'est à dire dans une période relativement courte.

Au 31 décembre 2011, il existait sept centres d'observation comportant 364 lits.

D. Les centres de court séjour

Les centres de court séjour organisent un accueil de jour ou de nuit pour des personnes handicapées tant mineures que majeures durant une courte période.

Les centres de court séjour jouent une fonction évidente de soutien de la famille, se substituant à celle-ci afin de la décharger lors de périodes difficiles.

Au 31 décembre 2011, il existait 22 centres de court séjour agréés avec 150 lits.

Les enfants, jeunes ou adultes peuvent également aller loger pour une courte durée (maximum 30 jours par an) dans des internats ou centres avec offre de logement. Dans ce cadre, un quota annuel est fixé.

E. Centres pour personnes majeures actives avec un handicap (centres pour personnes actives ou centres de remplacement de la famille)

Ces structures offrent un accueil permanent, ainsi qu'un encadrement de personnes adultes handicapées qui sont actives ou aptes au travail. Cette activité se déroule généralement dans des ateliers protégés.

Ces centres sont destinés à des handicapés isolés qui ne peuvent s'intégrer de leur propre chef dans la vie sociale et pour qui une admission dans un milieu protégé est indispensable pour une existence indépendante.

En ce sens, ces centres remplissent une fonction de suppléance à la famille. Ils prévoient néanmoins suffisamment de vacances, de sorte qu'entre autres les contacts avec le milieu naturels puissent être entretenus.

Au 31 décembre 2011, 57 centres agréés offraient 1.169 lits pour des handicapés actifs.

F. Centres pour personnes handicapées majeures non actives (centres pour non actifs)

Les centres pour personnes handicapées majeures non actives remplissent en premier lieu une fonction de substitution familiale. Ils prévoient néanmoins suffisamment de vacances afin d'entretenir les contacts avec le milieu d'origine. Des admissions à temps partiel sont également possibles.

Au 31 décembre 2011, 170 centres agréés pour non actifs offraient 9.469 lits, dont 4.802 lits de nursing (personnes avec forte dépendance de soins).

G. Centres de jour pour personnes handicapées majeures non actives

Les centres de jour s'adressent aux personnes handicapées majeures qui ne peuvent être mises au travail, même dans un atelier protégé. Ils organisent des activités de substitution au travail et vise à entretenir et acquérir certaines compétences en fonction des possibilités de chacun.

Les personnes qui peuvent faire davantage que les activités normales d'un centre de jour, mais qui n'ont pas le niveau pour trouver un job rémunéré, peuvent par cette méthode de travail encadré travailler à temps partiel

ou bénévolement dans un établissement social ou une organisation sociale, chez un particulier ou dans une entreprise.

Les centres de jour fonctionnent dans un système de 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; ceux qui le désirent peuvent bénéficier d'un mode de transport dans le cadre duquel on vient les chercher le matin pour les ramener le soir. Un système flexible d'accueil à temps partiel est également possible.

Les centres de jour remplissent une fonction de suppléance et de soutien de la famille et peuvent dans certaines circonstances, agir de manière préventive à une admission dans un centre.

Au 31 décembre 2011, il existait 132 centres de jour agréés offrant 3.769 places.

H. Familles d'accueil

Les services de familles d'accueil s'assurent du placement dans des familles candidates, tant de personnes handicapées mineures que majeures. Lorsque le placement est réalisé, le service procédera de manière ambulatoire à une surveillance, la famille bénéficiera d'un encadrement et de soutien et le service s'assurera des contacts fonctionnels nécessaires et de leur entretien.

La famille assure le logement, l'éducation générale et l'encadrement de la personne handicapée admise.

On utilise parfois d'autres appellations pour la description de cette fonction, mais on peut également parler de "famille de substitution".

Au 31 décembre 2011, il existait 14 services agréés se chargeant de 862 placements dans des familles.

En outre, 224 adultes ont pu avoir recours à une variante plus indépendante, à savoir résider sous l'encadrement d'un particulier (WOP).

I. Services d'encadrement à domicile

Les services d'encadrement à domicile assurent une assistance globale à l'éducation pour les familles composées d'une personne handicapée qui préfèrent la garder à domicile plutôt que de la confier à une structure résidentielle. Depuis 2001, ces services peuvent également soutenir des personnes résidant de manière indépendante qui ont besoin du savoir-faire spécifique au handicap du service. Lors du début d'une situation d'encadrement à domicile, on rédige en concertation avec la personne handicapée et/ou les parents un programme pour signature. Un dossier est constitué et régulièrement mis à jour. Des réunions d'équipe et des rencontres avec les parents ou les personnes qui exercent l'autorité parentale sont indispensables.

Au 31 décembre 2011, il existait 23 services agréés pour un total de 111.358 accompagnements par an.

J. Services d'habitat encadré

Les personnes adultes handicapées qui ont un certain degré d'autonomie peuvent habiter de manière indépendante moyennant un soutien structurel et un accompagnement. De la sorte, l'admission dans un centre n'est plus nécessaire. L'encadrement utile est assuré par un service, ou éventuellement des bénévoles, encadrés par un service.

Au 31 décembre 2011, il existait 39 services agréés offrant 3.316 places.

Dans la réglementation actuelle relative à l'habitat encadré et à l'encadrement à domicile, un module⁴⁴ d'encadrement de trajet est inscrit. Le module d'encadrement de trajet est une forme de processus

⁴⁴ 'Module' = Une unité indépendante homogène d'assistance, applicable à plusieurs groupes cible. Un module est défini sur la base d'une série de critères, dont la(les) fonction(s).

d'accompagnement dans le cadre duquel une personne handicapée et en entourage direct sont d'une part activement assistés à clarifier leurs besoins de soutien et d'autre part, impliqués dans la composition, la coordination et le suivi du plan de soutien qui répond à ces besoins et contribue à améliorer la qualité de leur vie. Cette réglementation stimule la collaboration entre ces services ambulatoires, spécifiquement en vue de développer des unités organisationnelles autonomes 'accompagnement de parcours'.

Dans le module 'encadrement de trajet', les fonctions suivantes peuvent être distinguées :

1. Clarification des demandes et mise en images
2. Activation du réseau social en fonction d'une inclusion maximale
3. Rédaction d'un plan de parcours
4. Matching de la demande et de l'offre
5. Soutien et suivi du plan de parcours

K. Services d'habitat autonome

Les personnes physiquement handicapées qui peuvent mener une vie de manière complètement autonome, peuvent, en raison de leurs limitations physiques, avoir besoin d'assistance pour des actes quotidiens comme se lever, s'habiller, se laver, manger, etc.

La forme d'assistance mise en place que l'on vise ici garantit une assistance 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, et ce au domicile de l'intéressé. Ceci permet d'éviter une admission dans l'une ou l'autre structure.

Cette assistance dans les activités de la vie quotidienne (ADL) dépend dans la pratique de degré d'adaptabilité de l'habitation et de l'utilisation des aides techniques médicales employées.

L'assistance ADL est appellable via un système d'appel et doit pouvoir intervenir rapidement. L'assistance n'est attribuée qu'à la demande et sur indication de la personne handicapée elle-même.

Au 31 décembre 2011, 30 services agréés offraient 338 places, à côté de cela 5 services ont été agréés mais ne sont pas encore réalisés.

L. Les services d'habitat protégé

Cette forme assure une intervention entre l'accueil résidentiel et l'existence ambulatoire et s'adresse à des personnes qui disposent de soins dans un centre, mais qui en raison de leurs possibilités ont besoin d'une forme de soins moins intensive et d'un encadrement plus léger. Une occupation de jour est éventuellement proposée.

Au 31 décembre 2011, il y avait 99 services qui proposaient au total 1.141 places. Il s'agit d'une augmentation considérable par rapport à l'exercice précédent.

M. Habitat intégré

Le Gouvernement flamand a approuvé le 17 novembre 2006 l'arrêté sur les projets d'habitat intégré pour les personnes handicapées. L'habitat intégré est un projet pilote qui courrait jusqu'en 2011. Il donne aux établissements la possibilité d'héberger des personnes ayant un besoin de soins plus lourd dans des projets d'habitat inclusifs, dans le cadre desquels la personne handicapée assume elle-même ses frais de logements et d'entretien. Ceci permet à la structure de mieux répondre à la demande concrète des personnes handicapées. En outre, cela permet également à ces mêmes structures de collaborer de manière plus souple avec les sociétés de logement social. La structure assume ainsi les soins et l'encadrement et le logement est assuré par la société de logement social. Dans le cadre de la politique d'élargissement de 2006, deux projets ont immédiatement été lancés. Au 31 décembre 2011, on comptait 24 projets comptant 105 places pour ces projets pilote.

N. Centres de services de rééducation fonctionnelle (centre de revalidation)

Ces centres de services assurent la rééducation fonctionnelle (médicale et paramédicale) des personnes handicapées, soit en intramuros (au sein d'une structure hospitalière), soit en extramuros.

L'agrément de ces services ou centres est délivré par la VAPH, qui subventionne également une partie de l'infrastructure. Les prestations de rééducation fonctionnelle sont toutefois à la charge de l'INAMI.

Au 31 décembre 2011, il existait 60 centres ou services agréés de revalidation

O. Services de Soutien Inclusif

Le 21 mai 2010, le Gouvernement flamand a approuvé l'arrêté relatif à l'agrément, la reconnaissance et la subvention d'un projet pilote Services de Soutien Inclusif. Cette forme d'assistance vise l'intégration des services d'habitat protégé et d'habitat intégré en une seule forme d'assistance. Les services de Soutien Inclusif s'adressent à un large éventail de personnes handicapées, allant de celles ayant un besoin d'assistance allant un peu plus loin que l'habitat encadré aux personnes qui séjournent dans un centre de type nursing pour non actifs. L'encadrement de personnel est affiné en fonction des besoins de soutien de la personne handicapée. Ceci nécessite une bonne détermination du besoin d'assistance des personnes handicapées. Pour ce faire, la clarification de la demande qui résulte du plan de soutien est utilisée ainsi qu'une classification du besoin d'assistance au moyen d'un instrument de pondération. Ces services ne sont pas agréés pour un nombre de places, mais pour l'encadrement du personnel qu'il faut justifier au moyen des personnes handicapées caractérisées par une forte dépendance à l'assistance.

Au 31 décembre 2011, il existait 65 services de Soutien Inclusif, ce qui représente environ 100 places.

P. Services de plan de soutien

Le 30 septembre, l'arrêté du Gouvernement flamand relatif à la reconnaissance et à la subvention des services de plan de soutien et l'organisation mentor pour le pré trajet des personnes handicapées a été approuvé. Les services de Plan de Soutien assureront l'encadrement de la personne handicapée dans le processus de clarification de la demande et dans la rédaction d'un plan de soutien. Le service plan de soutien renforce le réseau social de la personne handicapée, de sorte qu'avec l'engagement de tous les appuis disponibles des secteurs de la santé et du bien-être, comme les aides à domicile et familiales, les soins à domicile, l'accompagnement dans le travail, la personne limitée soit capable de participer de manière indépendante et autonome aux événements de la société. Si un soutien spécifique au handicap est nécessaire de la part de structures agréées et subventionnées par l'Agence Flamande pour la Personne Handicapée, le service Plan de soutien le prévoira dans le plan de soutien.

Au 31 décembre 2011, il existait 3 services agréés pour 4.882 accompagnements.

Surveillance et contrôle financier des services et structures pour les personnes handicapées

Nous nous sommes également informés quant à la surveillance et au contrôle financier des services et infrastructures :

- Pour ce qui concerne la surveillance du fonctionnement de ces services et structures, nous vous renvoyons aux services d'inspection qui sont compétents dans la matière. Comme nous l'avons précédemment expliqué (cfr. préambule) , ils n'opèrent plus depuis la mise en place de la BBB à départ de la VAPH, mais au départ d'une entité séparée.
- Pour ce qui concerne le contrôle financier, les services et structures agréés et subventionnés par la VAPH sont contrôlés au plan comptable par les services d'inspection susmentionnés. Les utilisateurs d'un service ou d'une structure qui ne font pas partie du réseau de la VAPH peuvent toutefois invoquer une convention individuelle entre eux et l'établissement afin d'assurer un règlement financier correct de l'offre de services.

- Un tel contrôle ne s'applique pas aux initiatives privées qui ne sont pas agréées par la VAPH, étant donné que jusqu'il y a peu, elles étaient considérées comme inexistantes. A la lumière de la Directive Européenne Services, cette position doit toutefois être revue.

1.2.2. En Communauté germanophone

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations sur l'organisation des services sociaux en Communauté germanophone.

I. Tous les services sociaux

1. L'organisation des services sociaux en Communauté germanophone

Les services sociaux en Communauté germanophone qui relève de la compétence de cette dernière sont subsidiés sur base de textes légaux ou des conventions individuelles entre le gouvernement et l'organisation concernée. Le cadre juridique, les services et les critères d'évaluation sont mentionnés soit dans les textes légaux, soit dans les conventions.

Les textes réglementaires peuvent être consultés sur le web site de la Communauté germanophone – www.dglive.be

2. L'accès aux services sociaux pour les ressortissants des autres Etats Parties dans la Communauté germanophone

Tous les services sociaux subsidiés par le Gouvernement de la Communauté germanophone sont accessibles à toute la population de la Communauté germanophone indépendamment en outre de sa nationalité. Ce principe est inscrit aussi bien dans les textes réglementaires que dans les conventions avec les organisations. De plus il existe des services ou organisations spécifiques pour les ressortissants de pays étrangers afin de faciliter leur intégration sociale et économique en Communauté germanophone.

3. La tarification des services sociaux

La tarification des services est réglée soit dans de textes réglementaires soit dans des conventions avec les organisations concernées. La tarification applicable dans le domaine social est mentionnée dans le tableau en annexe.

4. Le nombre total des bénéficiaires des services sociaux

Les organisations doivent chacune dans le cadre d'un rapport d'activité annuel mentionné le nombre de bénéficiaires de leurs services.

Le nombre de bénéficiaires est mentionné dans le tableau en annexe

5. Le nombre d'effectifs dans les services sociaux

Le nombre d'effectifs est mentionné dans le tableau en annexe.

6. Contrôle de qualité de prestations dispensées par les services sociaux

La qualité de prestations dispensées par les services sociaux est contrôlée sur base de critères d'évaluations mentionnées soit dans de textes réglementaires soit dans des conventions. Afin d'effectuer un contrôle intensifs des services dispensés par l'agence pour personnes handicapées en Communauté germanophone, le gouvernement a en 2011 dans le cadre d'un marché public engagé une firme externe d'évaluation afin de réaliser un audit dans l'agence.

II. Les services d'aide à domicile

Il existe deux services d'aide à domicile et une centrale de coordination pour les aides à domicile ainsi que la SOS Hilfe qui fournit des travaux d'entretien du ménage du jardin et de la maison. Ces services sont organisés sous forme d'ASBL. Ces services sont subsidiés par la Communauté germanophone pour les prestations fournies aux personnes nécessitant de l'aide. Des informations supplémentaires sont disponibles ici : <http://www.dglive.be/desktopdefault.aspx/tabid-3133/>

Tarifcation des services sociaux

Les services d'aides aux familles calculent une quote-part du bénéficiaire en fonction

- du revenu
- des dépenses (loyer, frais médicaux et de pharmacie)

La base légale pour les tarifs est la circulaire du 10 septembre 1993 sur le calcul des revenus des bénéficiaires et la définition des tarifs, abrogé par la circulaire du 21 décembre 1998.

Nombre total des bénéficiaires des services sociaux

Familienhilfsdienst VoG – Dienst der Frauenliga

	<u>bénéficiaires</u> <u>Aide familiale</u>			<u>bénéficiaires garde de</u> <u>nuit</u>			<u>Bénéficiaires aide</u> <u>ménagère</u>			<u>Bénéficiaires aide</u> <u>ménagère</u> <u>(cheques services)</u>		
			<u>Total</u>			<u>Total</u>			<u>Total</u>	N	S	<u>Total</u>
2008			545			70			97			300
2009			538			58			97			321
2010			567			50			104			350
2011			575			52			126			351

Familienhilfsdienst Verviers (SAFPA)

2008: 61 personnes

2009: 80

2010: 55

2011: ±40

Eudomos-Ihr häuslicher Begleitdienst (orientation et coordination)

1.100 personnes

SOS-Hilfe:

	<i>bénéficiaires</i>	<i>bénéficiaires</i>	<i>bénéficiaires</i>	<i>bénéficiaires</i>	<i>TOTAL</i>

	<i>jardin</i>			<i>ménage -nettoyage</i>			<i>rénovation et réparation</i>			<i>transport et déménagement</i>			<i>des familles</i>
			Total			Total			Total			Total	
2008			237			367			120			131	855
2009			254			361			130			148	893
2010			230			339			108			46	723
2011			248			332			112			45	902

Dépenses pour les services sociaux (y compris aide à l'emploi)

SOS-Hilfe :

2008 : TOTAL: 745.575,78 EUR

2009: TOTAL: 849.653,44 EUR

2010:TOTAL: 761.298,76 EUR

2011:TOTAL: 744.681,60 EUR

TOTAL subsides 2008 – 2011: 3.101.209,58 EUR

Familien- und Seniorenhilfedienst Verviers (SAFPA)

2008:TOTAL: 95.915,00 EUR

2009:TOTAL: 108.390,23 EUR

2010:TOTAL: 159.053,64 EUR

2011:TOTAL: 136.200,00 EUR:

TOTAL Zuschüsse 2008 – 2011: 499.558,87 EUR

Familienhilfe VoG – Dienst der Frauenliga

2008: TOTAL: 1.589.393,93 EUR

2009:TOTAL: 2.081.221,70 EUR

2010:TOTAL: 1.812.138,46 EUR

2011:TOTAL: 1.826.514,55 EUR

TOTAL subventions 2008 – 2011: 7.309.268,64 EUR

→ Voir ANNEXE 2

1.2.3. Renseignements au niveau de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-capitale.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations sur l'organisation des services sociaux en Communauté française.

L'action principale de la CCF est d'assurer la programmation, l'agrément et la subvention de « services sociaux ». Ces services sont constitués en associations sans but lucratif (asbl). Ils assurent des prestations pour les bénéficiaires dans les domaines de l'action sociale, de la famille, de la santé, de la cohésion sociale et des personnes handicapées.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations sur l'accès aux services sociaux pour les ressortissants des autres parties dans la Communauté française.

Les associations agréées et subsidiées par la CCF offrent leur aide et assistance sans discrimination de nationalité.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des informations sur la tarification des services sociaux.

Certains services sont gratuits, d'autres sont payants. Il n'y a pas de tarification unique. A titre d'exemple, les services offerts par les Centres d'Action Sociale Globale (CASG) agréés par la CCF sont gratuits. Les centres de planning familial proposent quant à eux une tarification qui tient compte de la situation financière des bénéficiaires.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande, en ce qui concerne la Communauté française, de l'information sur le nombre total des bénéficiaires des services sociaux et sur le montant total des dépenses consacrées aux services sociaux.

La CCF ne dispose pas de statistiques sur le nombre total des bénéficiaires de ses services sociaux. En ce qui concerne les dépenses consacrées aux services sociaux en 2011, 14 millions € étaient destinés à des institutions actives dans le domaine de l'action sociale, 33 millions € dans le domaine de la famille, 25 millions € dans le domaine de la santé, 11 millions € en cohésion sociale et 122 millions € pour la politique des personnes handicapées.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande renseignements sur les effectifs des services sociaux en Communauté française.

Au 21 décembre 2010, la CCF subventionnait 7570 travailleurs dans les secteurs des personnes handicapées, des affaires sociales, de la santé, de l'insertion socio-professionnelle et de la cohésion sociale.

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande des renseignements quant au contrôle de la qualité des prestations dispensées par les services sociaux dans la Communauté française.

La CCF contrôle et inspecte les services qu'elle agréé.

Paragraphe 2 : Participation du public à la création et au maintien des services sociaux.

1. Evolution depuis le dernier rapport.

1.1. Au niveau des Régions

En fédération Wallonie-Bruxelles.

Actions de sensibilisation des publics précarisés à l'exercice de leurs droits

Les décrets sur les organisations de jeunesse et sur l'éducation permanente prévoient le soutien à des associations qui développent des actions de sensibilisation des publics en situation précaire à l'exercice de leurs droits sociaux, économiques, culturels et environnementaux et qui offrent des services à des groupes sociaux particulièrement défavorisés, que ce soit au niveau local ou plus global.

Dans le secteur de l'éducation permanente :

Une quarantaine d'associations d'éducation permanente développent des activités en ce domaine telles que : rencontres, soutien à des collectifs, documentation, permanences sociales et juridiques, accueil-information aux primo-arrivants, ateliers, promotion de l'accès à la culture.

Dans le secteur de la jeunesse :

Une dizaine d'Organisations de jeunesse développent des activités en ce domaine telles que : documentation, sites internet, permanences sociales et juridiques, accueil-information (notamment aux primo-arrivants), ateliers, jeux.

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 :

1. 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 ;
2. à réexaminer ces mesures en vue de leur adaptation si nécessaire.

Paragraphe 1 : Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

1. Evolution depuis le dernier rapport.

1.1. Au niveau des Régions

1.1.1. En Région Flamande

La Flandre veut être une région exemplaire dans le domaine de la lutte contre la pauvreté. Pour réaliser cette ambition, une approche efficace est indispensable. Plus d'une personne sur dix en Flandre est confronté au risque de tomber dans la pauvreté. La pauvreté n'est en outre pas seulement un problème de revenus, elle est aussi un réseau d'exclusion sociale dans les différents domaines de la vie : enseignement, travail, logement, santé, loisirs, ...

Le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté postule également que toutes les entités des autorités flamandes doivent préparer, exécuter et évaluer une politique de lutte contre la pauvreté en leur sein. De même le Gouvernement flamand oblige la Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (VAPA) à rédiger dans les 12 mois de sa mise en place un plan de lutte portant sur une période de cinq ans. Le 9 juillet 2010, le Gouvernement flamand, sur proposition du ministre Lieten, a approuvé le plan Flamand d'action de lutte contre la pauvreté. L'arrêté d'exécution détermine que le plan d'action flamand doit comporter au minimum les parties suivantes :

- la description de la vision générale sur la politique flamande de lutte contre la pauvreté;
- la place de la politique flamande de lutte contre la pauvreté dans cette même politique nationale et européenne; 3° les objectifs formulés à courts et longs termes pour chaque domaine politique;
- les actions politiques concrètes;
- la ligne du temps pour l'exécution;
- mention des indicateurs en vue de mesurer la progression;
- les instruments mis en place.

Le plan d'action fait l'objet d'un suivi annuel via un rapport de progression. Celui-ci reprend l'avancement des actions politiques et le rapport annuel de la concertation permanente en matière de pauvreté. Le ministre de coordination soumet chaque année avant le 1^{er} avril ce rapport de progression au Gouvernement flamand. Le Gouvernement flamand soumet à son tour le rapport de progression avant le 1^{er} mars au Parlement flamand.

Le contexte dans lequel l'actuelle politique flamande de lutte contre la pauvreté est menée diffère de celui des précédentes législatures. La responsabilité de la coordination de cette politique incombe dorénavant à un seul Ministre Président. De la sorte, il est possible de consacrer davantage d'attention à un solide instrumentaire et à des procédures bien étayées nécessaires pour aboutir à une politique flamande de lutte contre la pauvreté cohérente et efficace et à son ancrage. La pauvreté est en effet un réseau d'exclusion sociale dans de nombreux domaines de la vie sociale. Dans de nombreuses familles vivant dans la pauvreté, de nombreuses instances d'aide et d'assistance sont impliquées, chacune selon leurs objectifs et missions. Chaque instance a son propre objectif et sa vision pour lutter contre la pauvreté. Chaque domaine politique formule également

des actions et projets pour lutter avec les citoyens, clients, demandeurs d'emploi vivant dans la pauvreté. Il s'agit toujours de pas dans la bonne direction, mais une politique intégrée requiert dorénavant un petit « plus ». Nous savons aujourd'hui que la pauvreté est un cercle vicieux qui fait qu'un domaine (par exemple un mauvais logement) influe sur un autre (par exemple un mauvais état de santé). Dans le plan flamand de lutte contre la pauvreté, nous indiquons à différents endroits de quelle manière la Flandre veut collaborer avec d'autres niveaux politiques, mais également avec d'autres acteurs (organisations de la société civile, services d'assistance, monde des entreprises, chercheurs) et surtout avec les personnes frappées par la pauvreté et leurs organisations.

La conclusion du précédent rapport de suivi 2010 - 2011, que le Gouvernement flamand a approuvé le 25 mars 2011, est qu'en dépit du fait que quasi toutes les actions du plan ont entre-temps été lancées, il n'y en a qu'une petite partie qui peuvent être considérées comme étant finalisées. Peu de fiches comprennent suffisamment de clarté à propos des étapes concrètes, du timing, des budgets et des instruments de mesure. Pourtant notre moniteur flamand de la pauvreté montre clairement que des efforts complémentaires sont absolument nécessaires. Les chiffres les plus récents montrent en outre la nécessité de se concentrer sur certains groupes cible. Les chiffres en matière de pauvreté infantile sont en effet interpellant. Tenant compte de ces chiffres et sur la base des constats des précédents rapports, il est apparu clairement qu'une accélération et un renforcement de l'exécution du VAPA s'imposent.

Tant la société civile (les partenaires SERV) que le Réseau Flamand d'associations où les pauvres se font entendre (le VNVWAN) et le Parlement flamand insistent – à juste titre – pour fixer des *priorités* parmi les actions du VAPA, et ce afin d'en renforcer la force et la visibilité. Le Gouvernement flamand a reconnu l'urgence d'une approche de la problématique de la pauvreté et a décidé de charger le ministre de coordination de lutte contre la pauvreté, Ingrid Lieten, de soumettre une nouvelle note au Gouvernement afin d'aboutir à une accélération et un renforcement de l'exécution du VAPA, et ce sur la base d'une série de rencontres bilatérales avec tous les collègues. Le vendredi 29 avril 2011, le de Gouvernement flamand a donné son feu vert pour une exécution accélérée du Plan Flamand de Lutte contre la Pauvreté. Dans ce cadre, une série de priorités ont été avancées dans la lutte. On constate une grande unanimité parmi tous les acteurs en ce qui concerne la fixation des priorités dans le VAPA. Par la concertation au sein du Gouvernement flamand, ces priorités ont été discutées et affinées. D'emblée, la pauvreté infantile a été retenue comme priorité à l'agenda.

Le Gouvernement flamand a marqué son approbation à la rédaction d'un *programme d'actions spécifique de lutte contre la pauvreté infantile, avec l'accent sur la tranche entre 0 et 3 ans*, et ce sur la base des fiches y afférentes du VAPA et des résultats de la table ronde VIA Pauvreté infantile. Tout ceci dans le cadre du PACT2020 et des actions prioritaires qui en ont été distillées après la première réunion. Cet aspect a également été pris en compte lors de la déclaration de septembre du collègue ministre Président Kris Peeters. Avec les acteurs locaux, nous allons renforcer la lutte contre la pauvreté infantile. Les enfants des familles défavorisées doivent avoir toutes leurs chances. La pauvreté infantile est une hypothèque sur l'avenir. Les enfants qui reçoivent aujourd'hui davantage de chances contribueront ultérieurement au bien-être de notre société. Investir en eux aujourd'hui représente une économie pour l'avenir et une égalité des chances pour tous les enfants. L'objectif de ce plan est de faire en sorte que la lutte contre la pauvreté infantile soit menée à tous les niveaux politiques. En tant qu'autorités flamandes, nous nous devons de montrer l'exemple et devons, dans les différents domaines de compétences, mettre en avant les mesures qui nous privilégions afin de mettre l'accent sur cette lutte contre la pauvreté infantile. De la sorte, nous tentons d'atteindre une meilleure visibilité pour ces mesures et les reprendre dans un cadre intégral afin de pouvoir mesurer leur réalisation et la progression.

Le programme d'action flamand de lutte contre la pauvreté infantile rédigé dans le cadre du plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté par le Gouvernement Flamand, sous l'impulsion de la ministre Lieten, sera donc encore renforcé en 2012. Nous nous basons pour ce faire sur le rapport fourni par le Studio Pauvreté infantile organisé du mercredi 30 novembre 2011 au dimanche 4 décembre 2011, sous les auspices de la ministre Lieten. Dans le cadre de l'innovation social, huit experts européens dans ce domaine ont été rassemblés durant cinq jours afin d'étudier de près le problème (croissant) de la pauvreté infantile en Flandre et de proposer des solutions novatrices. Le Studio était dirigé par le prof. Ides Nicaise (KU Leuven) avec le soutien financier et méthodologique de la Fondation Roi Baudouin.

En ce qui concerne la politique d'emploi, le VDAB, le service public d'emploi a introduit en 2008 une nouvelle approche de guidance pour les jeunes demandeurs d'emploi. Suite aux pilotes dans les 13 villes, le VDAB a généralisé le plan de jeunes dans l'ensemble de la Région flamande. Dès leur inscription, les jeunes demandeurs d'emploi reçoivent des offres d'emploi via une multitude de moyens de communication (sms, mail,...). Le nombre d'offres reçues ainsi que la réaction des jeunes est utilisé comme système de triage pour la guidance. Les jeunes qui reçoivent peu ou trop d'offres d'emploi sont contactés pour adapter leur dossier ou commencer une guidance intensive si nécessaire. Les jeunes sont régulièrement contactés pour voir comment ils postulent, s'ils ont besoin d'assistance,.... Si après trois mois les jeunes sont encore demandeurs d'emploi, ils sont invités pour une guidance plus intensive, si nécessaire avec de formation. Au début cette approche se limitait aux jeunes faiblement et moyennement qualifiés, depuis 2009 l'approche inclut les jeunes hautement qualifiés.

Depuis janvier 2010, cette approche s'est étendue aux demandeurs d'emploi jusqu'à 50 ans. L'approche n'est plus standardisée sur la base du diplôme ou de l'âge, mais elle est taillée sur mesure pour les demandeurs d'emploi. Un demandeur d'emploi pour lequel le parcours à accomplir pour s'insérer sur le marché de l'emploi sera plus long recevra plus tôt une invitation de guidance.

L'approche pour les demandeurs d'emploi âgés de plus de 50 ans fait partie des accords avec les partenaires sociaux. Des conseillers spécialement dédiés à cette approche permettent une approche sur mesure en tenant compte de l'expérience de travail, des compétences,.... En plus de cette approche qui s'adresse à tous les demandeurs d'emploi, il y a différents projets pour des demandeurs d'emploi plus vulnérables, comme des demandeurs d'emploi en situation de pauvreté, des demandeurs d'emploi avec des problèmes médicaux, mentaux, psychiatriques ou psychiques,.... Le but est de permettre une meilleure connaissance de ces problèmes qui ne sont pas liés directement au marché de l'emploi dans le but de réaliser un cadre commun avec la politique de santé et de bien-être afin d'offrir à tous les demandeurs d'emploi une guidance spécialisée.

Suite à un accord avec les partenaires sociaux, le gouvernement investit dans une augmentation du nombre de formations individuelle en entreprises (IBO). Le VDAB augmente la qualité de guidance et va contacter des secteurs qui sont actuellement sous-représentés dans la mesure. Le VDAB va également faire plus le lien entre les formations professionnelles classiques et le IBO, pour augmenter les sorties vers l'emploi des formations professionnelles. Enfin, le VDAB va développer une approche partant du profil du demandeur d'emploi pour trouver un IBO sur sa mesure. Le VDAB lance également une C-IBO à la mesure des demandeurs d'emploi de longue durée, les coûts pour l'employeur sont payés par le gouvernement.

Début 2009, la réglementation pour la mesure WEP+ a changé. La mesure s'adresse aux demandeurs d'emploi de longue durée (plus de 2 ans), l'objectif étant de leur offrir une guidance intensive pendant un an dans des situations de travail réaliste. La guidance se situe aussi bien au niveau générique que technique. L'adaptation de la mesure doit permettre d'offrir à chaque participant une guidance intensive vers le marché de l'emploi, en ce compris l'aide pour postuler et le coaching sur le nouvel emploi.

Le VOP, la subvention du salaire pour les personnes handicapées, a été réformé. Après une période de cinq ans, la personne est de nouveau évaluée pour voir si la prime est encore adaptée. Le nombre d'employeurs qui peuvent bénéficier de cette prime a été élargi. Sous certaines conditions, les services publics peuvent également y bénéficier.

1.1.2. En Région Wallonne

Le Plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie

Depuis 2009 la Wallonie met en œuvre le Plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie (PCS). Ce Plan couvre la période 2009-2013 et répond à deux objectifs : la lutte contre toutes les formes de précarité, de pauvreté et d'insécurité au sens large et le développement social des quartiers. Il vise à assurer l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, en luttant contre l'exclusion et en favorisant la cohésion sociale.

A la suite d'un appel à projet, 147 communes ont effectué un diagnostic des besoins locaux et ont mis en œuvre une série d'actions pour leur PCS communal, actions qui se répartissent en 4 axes : l'insertion socioprofessionnelle, l'accès au logement, l'accès à la santé et le traitement des addictions, le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et culturels. Les actions concernant ce 4^e axe (retissage des liens sociaux) représentent près de la moitié des actions (43%) et visent directement la lutte contre l'exclusion sociale.

Moyens alloués :

	2009	2010	2011
subventions Région wallonne	17.038.337 €	22.672.221 €	22.555.409 €
aides à l'emploi spécifiques (points APE)	998.014 €	1.330.686 €	1.355.968 €
part communale (25% minimum)	8.758.266 €	7.904.018 €	(chiffres en cours de traitement)
Total	26.794.617 €	31.906.925 €	

Population potentiellement touchée :

	2009	2010	2011
	2.739.728 personnes	2.755.351 personnes	2.776.621 personnes

Le Plan Habitat Permanent (Plan HP)

Une des réponses aux problèmes de logement de populations précarisées est l'installation dans des équipements à vocation touristique. Depuis 2003, la Wallonie met en œuvre le Plan HP dont le but est de venir en aide à ces populations et de mettre fin à des abus criants en matière d'insalubrité, d'exploitation par des marchands de sommeil et d'exclusion des droits fondamentaux. Les actions visent au relogement, à l'accompagnement des résidents par des assistants sociaux, à l'insertion socioprofessionnelle et de façon générale à la lutte contre l'exclusion

Moyens alloués et nombre des bénéficiaires :

	2009	2010	2011
moyens alloués	2.513.630 €	2.518.380 €	2.228.380 €
nombre de bénéficiaires potentiels	7.972	8.092	8.322

Le Réseau wallon de Lutte contre la pauvreté

Afin de faciliter la prise en compte des problèmes des personnes en situation de pauvreté, d'établir un dialogue avec elles et de pouvoir tenir compte de leur recommandations, la Wallonie a encouragé la formation d'un réseau des associations où les pauvres prennent la parole. Ce Réseau (RWLP) est subsidié par la Wallonie depuis 2007 et fournit régulièrement des recommandations concernant les actions à mettre en œuvre pour lutter contre la pauvreté.

Le Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie

Consciente des problèmes spécifiques que posent l'accueil et la lutte contre l'exclusion sociale des Gens du Voyage et des Roms, la Wallonie a chargé le Centre de Médiation des Gens du Voyage d'une mission de coordination et d'accompagnement des groupes sur le terrain. Le Centre de Médiation, qui est subsidié depuis 2004, apporte son expertise dans les discussions sur les politiques d'accueil et d'intégration, dans les projets de création de terrains d'accueil, il forme des agents référents au niveau communal et sert de médiateur entre les Gens du Voyage, les autorités communales et les riverains lors de l'installation de groupes.

1.1.3. En région Bruxelloise.

Dans leurs déclarations politiques, les quatre autorités bruxelloises (CCF, Région de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune et Commission communautaire flamande) ont fait de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale l'une des priorités de la législature 2009-2014. Elles ont approuvé une Note de politique en matière de lutte contre la pauvreté 2009-2014 qui propose un cadre commun pour la politique bruxelloise en matière de pauvreté. Elle décrit le contexte social dans lequel s'insère la politique, définit une vision politique commune sur la pauvreté et la lutte contre celle-ci et formule enfin les principes selon lesquels la note politique doit être mise en œuvre dans un plan d'action concret. Cette note fait office de cadre politique pour le développement d'actions dans les différents domaines politiques. Elle forme la base du plan d'action à budget biennal pour la lutte contre la pauvreté. Le plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté 2010 est une concrétisation des 34 objectifs stratégiques de la note de politique ; il indique la façon dont les autorités bruxelloises souhaitent atteindre ces objectifs.

2. Réponses aux questions du Comité

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité rappelle que l'article 30 ne concerne pas uniquement la pauvreté, mais aussi l'exclusion sociale. Il demande que le prochain rapport indique comment ce phénomène est appréhendé.

2.1. En Région Wallonne

Les informations sollicitées concernant l'intégration sociale et la cohésion sociale pour ce qui concerne les politiques sociales sous la responsabilité administrative de la DGO5 sont évoquées ci-après par l'évocation synthétique des principaux dispositifs mis en place par la Wallonie en vue d'assurer une aide aux personnes précarisées ou en situation de besoin.

Les politiques sociales et de santé de la Région wallonne sont organisées depuis 1996 autour de 2 grandes institutions que sont le Service public de Wallonie (anciennement Ministère de la Région wallonne), Direction générale des Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé (DGO5) et l'Agence wallonne pour l'Intégration des personnes handicapées (AWIPH).

Le budget 2012 du Secteur Action sociale et santé de la Région wallonne se répartit comme suit :

Le budget 2012 consacré aux politiques sociales et santé concrètement s'élève à 903.266.000 millions d'euros dont +/- 59 % consacré aux financements des politiques en faveur des personnes handicapées.

Au sein des politiques sociales, le secteur de la Famille (service d'aide aux familles - 159.500.000) représente la plus grande partie des moyens alloués aux secteurs de la famille et des aînés (192.788.000 euros) le budget de l'Action sociale s'élève en 2012 à 67.389.000 euros).

Les secteurs de l'action sociale et de la santé financés par la Région wallonne visent à soutenir des services de 1^{ère} ligne qui assurent une assistance, une prise en charge ou fournissent des prestations (aide sociale ou aide à l'insertion sociale, assistance aux victimes, hébergement en maison d'accueil ou en abri de nuit, médiation de dettes, aide familiale, intégration des personnes d'origine étrangère, aide alimentaire, aide administrative, etc...).

La qualité des prestations est assurée tout d'abord par les normes d'agrément.

De plus, il convient de souligner que les aides, l'assistance ou les prestations doivent être assurée par des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs, aide familiale, etc...).

Enfin, dans certains secteurs, des normes spécifiques ont été édictées pour préciser les modalités d'intervention ce qui doit garantir une certaine qualité.

La qualité des prises en charge est également garantie par les formations obligatoires (médiation de dettes, services d'insertion sociale,..) ou facultatives (relais sociaux, ...) que les travailleurs spécialisés doivent ou peuvent suivre.

Plusieurs dispositifs de la Région wallonne prévoyant l'agrément et le subventionnement de services sociaux peuvent être considérés comme étant de nature à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale :

Il s'agit :

Des dispositifs de prévention et de lutte contre le surendettement : (SMD, crédit social accompagné, centres de références)

Depuis l'adoption du décret du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes, la Région wallonne a développé et soutenu une politique dynamique de lutte contre le surendettement articulée autour de 3 instruments que sont :

- l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement chargé d'étudier cette problématique, d'assurer des formations de base et continuées pour praticiens de la médiation et de contribuer à la prévention générale,
- les centres de références (4) chargés d'appuyer les institutions de médiation de dettes agréées et d'assurer des formations et la prévention, et
- les institutions de médiations de dettes agréées (221) qui traitent en première ligne des dossiers individuels.

Le rôle concret de ces derniers consiste à établir des plans d'apurement des dettes tenant compte des moyens des personnes médiées avec l'accord du débiteur et des créanciers. Ces plans doivent respecter la dignité humaine, c'est-à-dire être réalistes pour que les personnes concernées puissent mener une vie digne. Le cas échéant, les institutions agréées peuvent être désignées par le juge pour la réalisation d'un règlement collectif de dettes (procédure judiciaire).

La Wallonie a continué à suivre cette politique et à soutenir l'action de ces opérateurs confrontés à une recrudescence des demandes de médiation en raison de l'aggravation de la situation économique depuis 2008. En 2011, la Wallonie en collaboration avec l'Observatoire du crédit et de l'Endettement, a développé et mis en ligne un portail surendettement destiné à la population confrontée avec la question du surendettement ou désireuse de recevoir des informations pertinentes et des conseils par rapport au surendettement ou à l'endettement. (<http://socialsante.wallonie.be/surendettement/>)

Un projet de décret et un projet d'arrêté dont certains aspects ont été tirés d'une étude du secteur réalisée entre 2009 et 2011, ont été élaborés en 2011 et devraient être présentés au parlement et au gouvernement en vue de leur adoption définitive dans le courant de l'année 2012. Ces projets visent à améliorer la qualité du service rendu et à renforcer l'expertise des services dont le rôle en faveur de la population est indispensable.

Par ailleurs, durant les années 2009, à 2011, la Wallonie a initié des actions de prévention du surendettement en mettant en place un comité de coordination des acteurs de la lutte contre le surendettement et en menant diverses actions de formation de personnes relais chargées de mener auprès de publics cibles dont ils avaient en charge la guidance des actions de prévention du surendettement.

Pour les années 2008 à 2011, on relève 217 services ayant traité les nombres de dossiers mentionné ci-après :

2008 – 18.380 dossiers ;
2009 – 18.751 dossiers ;
2010 – 18.706 dossiers ;
2011 – 18.575 dossiers.

Conclusions 2008 - 2011

Bien que les compétences de prévention et de subventionnement du surendettement soient partagées entre l'Etat fédéral et la Wallonie, il peut être observé que la convergence des dispositifs tels que la centrale positive des crédits, le règlement collectif de dettes, la médiation amiable de dettes, l'existence de nombreux services sociaux agréés et la prévention du surendettement, permettent une certaine maîtrise de phénomène par des réponses adaptées, si l'on effectue une comparaison avec d'autres pays européens.

Maisons d'accueil, maisons de vie communautaire, abri de nuit, maisons d'hébergement de type familial.

Principe :

Les maisons d'accueil ont pour mission d'assurer aux personnes en difficultés sociales un accueil, un hébergement limité dans le temps dans une structure dotée d'équipements collectifs ainsi qu'un accompagnement adapté afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie.

Les maisons de vie communautaire ont pour mission d'assurer aux personnes en difficultés sociales ayant séjourné préalablement en maison d'accueil ou dans une structure exerçant la même mission et agréée par la Communauté flamande, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française ou une autorité publique d'un Etat limitrophe, un hébergement de longue durée dans une structure dotée d'équipements collectifs ainsi qu'un accompagnement adapté afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie.

Les abris de nuit ont pour mission d'assurer inconditionnellement aux personnes en difficultés sociales dépourvues de logement un hébergement collectif d'urgence pour la nuit.

Les maisons d'hébergement de type familial ont pour mission d'assurer aux personnes en difficultés sociales un hébergement limité dans le temps.

Nombre de service agréé (par types de services) :

	2008	2009	2010	2011
Maisons d'accueil	53	53	53	54
Maisons de vie communautaire	8	11	11	11
Abris de nuit	7	7	7	8
Maisons de type familial	4	4	4	4
Nombre Total des institutions	72	75	75	77

Nombre des nuitées pour les années :

Type		2008		2009		2010		2011
Maisons d'accueil	n=53/53	489.371	n=53/53	488.040	n=52/53	487.901	n=44/54	405.937
Maisons de vie communautaire	n=8/8	31.547	n=11/11	56.047	n=10/11	54.918	n=9/11	46.675
Abris de nuit	n=1/7	3.071	n=2/7	7.085	n=4/7	21.031	n=6/8	16.374
Maisons de type familial	n=3/4	4.677	n=4/4	6.064	n=1/4	2.628	n=1/4	920
Total	n=65/72	528.666	n=71/75	557.236	n=67/75	570.113	n=60/77	469.906

Conclusions 2008-2011 :

Sur les 4 dernières années, le nombre d'institutions est passé de 72 à 77.

Le nombre de nuitées s'est accru chaque année et devrait en 2011 (les statistiques ne sont pas encore complètes) avoisiner les 600.000 nuitées ce qui représente plus de 1.640 personnes hébergées en moyenne par jour.

Centres de service social

Principe :

Les Centres de service social accueillent les personnes et les familles qui se trouvent dans une situation critique, offrent aux personnes une aide sociale individualisée de type généraliste, informent et/ou orientent les personnes vers des services spécialisés et favorisent l'intégration et la participation des personnes dans leur milieu de vie.

Nombre de service agréé et ou subventionné : 32

Nombre de dossiers traités :

2008 : 107614

2009 : 100.610

2010 : 103.564

2011 : 132.552

Conclusions 2008 -2011

Les Centres de service social accompagnent les personnes perdues dans les dédales administratifs ou qui vivent dans la précarité. Ils jouent un rôle fondamental dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en aidant les personnes à faire valoir leurs droits sociaux et en matière de santé.

Relais sociaux

Principe :

Les Relais sociaux mettent en réseau les acteurs publics et privés afin d'optimiser les réponses des partenaires aux besoins des personnes en détresse sociale aiguë. Ils sont organisés autour de 4 pôles: l'accueil de jour, l'accueil de nuit, le travail de rue et l'urgence sociale. Ils jouent aussi un rôle d'observatoire des phénomènes de grande précarité permettant de réorienter les dispositifs. Les relais sociaux renforcent leurs dispositifs hivernaux et sont ainsi en mesure de porter assistance aux plus exclus à savoir les sans-abris.

Nombre de service agréé et ou subventionné : 7

Nombre de nuitées renseignées :

2008 : données indisponibles 2009 : 40.073 (incomplet) 2010 : 48.302 2011 : 52.934

Conclusions 2008 -2011

Les relais sociaux ont permis de coordonner les actions sur le terrain pour répondre aux besoins des personnes sans-abris. La mise en réseau a permis l'émergence de projets pilote prometteurs pour sortir des personnes de la rue. La précarisation croissante et profonde d'une partie de la population implique des réponses sociales rapides pour couvrir les besoins élémentaires des personnes.

Services d'insertion sociale

Principe :

Les Services d'insertion sociale développent des actions collectives pour et avec les personnes, mobilisent les ressources des personnes, assurent un suivi individuel, favorisent la participation à la vie sociale, économique, politique et culturelle et renforcent la confiance des individus en leur propre capacité.

Nombre de service agréé et ou subventionné : 80 (33 ASBL et 47 CPAS)

Nombre de personnes aux ateliers :

2008 : 2.554

2009 : 2.645

2010 : 3.097

2011 : 3.337

Conclusions 2008 -2011

En 3 ans, ce secteur est passé de 64 à 80 services. Ces services permettent aux personnes en situation d'exclusion une amélioration de leur participation à la vie sociale et leur intégration.

Service d'aide sociale aux justiciables

Principe : les services d'aide sociale aux justiciables offrent une aide psychosociale aux victimes d'infractions et aux personnes inculpées et aux détenus libérés ainsi qu'à leurs proches.

Nombre de service agréé et ou subventionné : 13

Nombre de dossiers traités :

2008 : 2.590

2009 : 1.632 (données incomplètes)

2010 : 3.256

2011 : 3.502

Conclusions 2008 -2011

Ces services assurent de l'assistance directe aux victimes. Ils collaborent activement avec les services d'assistance aux victimes dans les zones de police et les services d'accueil des parquets et ont pour mission d'atténuer les souffrances morales des victimes et de leurs proches.

Subvention aux CPAS pour la remise à l'emploi de bénéficiaire du revenu d'intégration sociale.

Principe :

Cadre juridique :

Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale ;

Décret du 18 décembre 2003 portant diverses mesures en matière de trésorerie et de dette, d'action sociale et de santé.

Arrêté du Gouvernement wallon du 28 avril 2005 portant exécution, en ce qui concerne l'intégration professionnelle des ayants droit à l'intégration sociale, du décret-programme du 18 décembre 2003.

Principes généraux et objectifs :

Sur base de l'article 60 § 7 de la loi organique des C.P.A.S., lorsqu'une personne doit justifier d'une période de travail pour obtenir le bénéfice complet de certaines allocations sociales, ou acquérir une expérience professionnelle, le C.P.A.S. peut prendre toutes les dispositions de nature à lui procurer un emploi. Le cas échéant, il fournit cette forme d'aide sociale en agissant lui-même comme employeur pour la période visée. Ainsi, un C.P.A.S. peut engager des bénéficiaires de l'intégration sociale ou de l'aide sociale pour son compte ou pour une mise à disposition de communes, d'associations sans but lucratif, ou d'intercommunales à but social, culturel ou écologique, de sociétés à finalité sociale, d'une association au sens du Chapitre XII de la loi ou d'un partenaire conventionné avec le C.P.A.S.

Dans ce même but, en vertu de l'article 61 de cette même loi, le C.P.A.S. peut recourir à la collaboration de personnes, d'établissements ou de services qui, créés soit par des services publics soit par l'initiative privée, disposent des moyens nécessaires pour réaliser les diverses solutions qui s'imposent, en respectant le libre choix de l'intéressé. Le C.P.A.S. peut supporter les frais éventuels de cette collaboration, s'ils ne sont pas couverts en exécution d'une autre loi, d'un règlement, d'un contrat ou d'une décision judiciaire. Le C.P.A.S. peut également conclure des conventions soit avec un autre C.P.A.S., un autre pouvoir public ou un établissement d'utilité publique, soit avec une personne privée ou un organisme privé.

Public-cible :

Bénéficiaires des subventions régionales les C.P.A.S. dont les bénéficiaires de l'intégration sociale, ou de l'aide sociale équivalente au revenu d'intégration sociale, sont engagés en application des articles 60 § 7 et 61 de la loi du 8 juillet 1976 précitée.

L'extension aux bénéficiaires de l'aide sociale équivalente au revenu d'intégration sociale, ne vaut que pour les personnes qui, inscrites aux registres des étrangers, bénéficient d'une autorisation de séjour illimité et n'ont pas droit à l'intégration sociale pour raison de nationalité.

Budget et subventionnement :

Lorsqu'il y a une mise à l'emploi d'un bénéficiaire par le CPAS ou un partenaire conventionné, la Wallonie octroie une subvention au C.P.A.S. pour une durée correspondant à la période nécessaire pour l'obtention d'une allocation sociale.

Cette subvention est fixée au maximum à **10 €/jour presté** pour les articles 60§7 et **15€/jour presté** pour les articles 61 et déclaré à l'ONSS APL ou à l'ONSS au cours de l'année précédente.

Les subsides octroyés par la Wallonie sont complémentaires à d'autres subsides octroyés par l'Etat fédéral.

Nombre de service agréé et ou subventionné :

Il fluctue en fonction des années. En moyenne : 246 CPAS subventionnés.

Nombre de dossiers traités (Nombre de bénéficiaires) :

Subvention 2009 – Année de référence 2008 : 6.596 bénéficiaires

Subvention 2010 – Année de référence 2009 : 6.364 bénéficiaires

Subvention 2011 – Année de référence 2010 : 7715 bénéficiaires

Conclusions 2008 -2011 :

Ce système de réintégration des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, c'est-à-dire souvent des personnes précarisées, dans le marché de l'emploi est une façon de lutter contre les exclusions sociales et de renforcer la cohésion sociale. Il s'agit d'une forme d'activation des bénéficiaires qui, dans certains cas, leur permet d'acquérir une expérience professionnelle.

Tuteurs énergie dans les CPAS

Principe : Une décision du Gouvernement wallon du 28 août 2008, dans le cadre des mesures relatives à l'augmentation du pouvoir d'achat, permet d'accorder aux CPAS une subvention afin d'assurer le financement des fonctions de Tuteurs énergie au sein de ceux-ci.

Cette mesure vise à renforcer les actions des CPAS dans le cadre de la lutte contre l'augmentation du coût de la vie et la préservation du pouvoir d'achat des citoyens.

Ces missions sont notamment :

- D'informer et d'expliquer, lorsqu'ils sont disponibles, les résultats de l'audit énergétique ou des visites à domicile ;
- D'aider à la réalisation d'un « cahier des charges » pour la réalisation des travaux ;
- D'évaluer les moyens financiers nécessaires à la réalisation des travaux ;
- D'aider à la recherche de prestataires de services et ainsi à la compréhension/l'analyse des devis, de négocier les meilleures conditions dans l'intérêt des personnes aidées ;
- D'apporter une aide lors de l'introduction des demandes de primes, prêts ou allocations ;
- De faire appel aux institutions existantes qui pourraient intervenir (AIS, EFT, IDESS...) ;
- D'aider à concevoir les petits travaux d'aménagement qui sont à la portée de l'occupant des lieux ;
- D'informer les occupants sur les contrats de fourniture de gaz et d'électricité ;
- ...

L'accompagnement vise également à assister les locataires dans leurs démarches vis-à-vis des propriétaires pour l'amélioration du bâtiment lorsque ces locataires sont à l'initiative du projet de rénovation.

Nombre de services (CPAS) subventionnés : 44 CPAS, représentant 48 emplois de Tuteurs énergie (chiffres pour l'année 2011).

Nombre de dossiers traités :

<u>2008 (4 mois)</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>
	3.399	3.025	pas encore disponible

Conclusions 2008 -2011

L'utilité des Tuteurs énergie au sein des CPAS semble indéniable au vu des résultats positifs engendrés. Ceux-ci sont cependant confrontés à certaines difficultés : difficulté de reconnaissance au sein du CPAS de la problématique de l'énergie, difficulté de combiner les connaissances techniques et sociales, manque de temps de supervision et d'intervention afin de prendre de la distance vis-à-vis des usagers, de mettre au point des standards d'intervention et de modéliser des procédures, difficulté de coordination avec certains partenaires (sociétés de logement par exemple), manque de reconnaissance du statut au sein du CPAS et de pérennisation de la fonction (actuellement, points APE jusqu'au 31/12/2014)

Conclusions générales 2008 -2011

Ces trois années 2008-2011 ont été celles d'une dégradation sociale et économique généralisée dans la zone euro avec une restriction des moyens des autorités publiques consécutives à la crise financière et un ralentissement économique. Cette dégradation a aussi été accompagnée d'une hausse du coût de l'énergie qui a pesé sur le pouvoir d'achat des ménages et surtout sur les ménages ayant les plus faibles revenus. Toutefois la Belgique et la Wallonie ont pu compenser partiellement cette dégradation en raison de la présence d'une sécurité sociale protectrice et de services sociaux développés.

Il peut toutefois être observé que plus de personnes se sont présentées pour obtenir une aide des services et que ces personnes présentent de plus en plus de difficultés à obtenir les biens indispensables à une vie digne.

Cela étant les services sociaux agréés par la Wallonie ont montré toute leur utilité.

En guise de conclusion plus générale et de perspective d'avenir, il convient de rappeler que la politique sociale est un investissement à long terme. Elle permet le développement d'une société équilibrée et respectueuse des citoyens, de tous les citoyens. L'inaction sociale est une fausse économie car elle génère des coûts encore plus grands que ceux de l'action sociale et une société inéquitable et appauvrie.

De plus, l'altération des capacités des individus rejetés dans la précarité constitue un frein important pour leur participation à la vie sociale et économique.

Or, les dernières études de la Fédération des CPAS sur l'exclusion du chômage démontre un transfert accru de charges sans augmentation des moyens. Compte tenu des effets attendus d'une récession voire d'une stagnation du PIB, le nombre de personnes dépendant des services sociaux va s'accroître.

Un des défis majeurs est donc de **maintenir les services sociaux et principalement les CPAS en état de répondre aux besoins de la population** surtout en période de crise et **sauvegarder la pleine et entière capacité des personnes et de leur famille à participer aux enjeux sociaux et économiques de la Wallonie.**

Il s'agit donc pour les pouvoirs publics dans un contexte financier difficile d'**assurer aux services sociaux publics et privés agréés des moyens suffisants pour faire face à ces missions et développer la qualité de leur intervention.**

Parallèlement, l'ambition d'assurer équitablement la couverture complète de chaque sous-région de Wallonie par des services spécialisés devrait alimenter la réflexion sur le **droit à un même service pour chaque citoyen à une distance raisonnable.**

En ce sens, on peut relever la **mutualisation des ressources** de plusieurs CPAS en vue de créer avec le soutien de la Wallonie des services d'urgence sociale dans les zones rurales ou semi rurales, d'organiser la lutte contre le surendettement, de favoriser l'insertion socio-professionnelle.

La même logique de mutualisation devrait être partagée par les services sociaux privés.

Dans le contexte d'une société vieillissante, l'Europe et la Wallonie continueront à connaître un flux migratoire. **Un des autres défis est donc l'intégration harmonieuse des migrants.** La création d'un parcours d'intégration, la mise en œuvre de politiques de diversité et de non-discrimination sont autant d'actions à mettre en œuvre. Une telle politique est d'ailleurs de nature à garantir à ces personnes des revenus dignes.

Le soutien des CPAS et des associations à destination des jeunes belges et migrants notamment pour leur permettre soit de poursuivre des études soit de développer leurs capacités sociales soit d'accéder à l'emploi doit donc être fortement encouragée.

2.2. En Communauté flamande

En guise de réponse, nous renvoyons à la définition de la pauvreté utilisée dans le cadre de la lutte contre la pauvreté:

La pauvreté est un réseau d'exclusions sociales qui s'étend sur plusieurs domaines de la vie individuelle et collective. Elle sépare les gens dans la pauvreté des schémas généralement admis et acceptés dans la société. Il existe entre les gens dans la pauvreté et ceux n'ayant aucune expérience dans ce domaine un gouffre difficilement surmontable qui se manifeste dans différents domaines: participation structurelle, aptitudes, connaissance, ressenti et forces des gens. Ce gouffre ne peut être surmonté que si la société (tant le politique que la société civile et les autres acteurs) fait appel à la force que possèdent les gens dans la pauvreté et leur entourage, afin que ceux-ci puissent mobiliser ces forces et donner à chacun les mêmes possibilités de participer à tous les aspects de la société.

Cette définition ne décrit pas seulement ce qu'est la pauvreté, mais comporte également les germes des principes de base en vue de mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté.

2.3. En Communauté germanophone

En mai 2008, le Gouvernement de la Communauté Germanophone (DG) a lancé la mission visant à élaborer un « Concept de développement régional (CDR)

« DG - Ostbelgien leben 2025 » définit ce Concept de développement régional. Ce modèle régional formule des « projections internes » quant au futur de la DG qui offrent une orientation durable. Dans une perspective jusqu'en 2025, il décrit une vision d'avenir de la Communauté Germanophone, que ce soit en tant que région frontalière, région économique, région de formation ou encore de région solidaire.

Dans le cadre de la vision d'une région solidaire le CDR définit aussi l'inclusion sociale comme un des objectifs.

L'inclusion sociale de tous les citoyens constitue l'objectif commun des stratégies et des mesures en relation avec le projet d'avenir « Diversité souhaitée ». Chaque être doit pouvoir participer pleinement à la vie sociale. Il faudra établir des stratégies entre les instruments existants de toutes les organisations compétentes, afin de mettre au point une stratégie commune pour une approche globale. Les défis et les chances de la diversité devront être mis en lumière, et un modèle transversal commun de l'insertion développé. Des réglementations sont à créer dans tous les domaines qui définissent la cohésion sociale. Des mesures d'aide structurées et coordonnées devront contribuer efficacement à lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale et la précarité. Des travaux sectoriels auront une fonction transversale et des ébauches de solution en réseau seront élaborées par le biais de concertations.

Un des projets dans le cadre de la vision d'une région solidaire est de renforcer la cohésion sociale en structurant les mesures existantes et de mettre en place un réseau. Ce projet se résume comme suite :

2010 fut l'année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Année significative et exemplaire, elle a permis d'entamer l'uniformisation des stratégies mises en place jusque-là, la structuration des mesures existantes et la mise en réseau des acteurs qui contribuent au renforcement de la cohésion sociale. Le premier sous-projet identifiera en premier lieu les services, les stratégies et les mesures qui contribuent à promouvoir la cohésion sociale dans la DG. Les stratégies seront analysées toutes ensemble et les besoins définis. Puis, le travail en réseau permettra d'établir un plan d'action commun pour la DG afin de favoriser l'accès de tous les citoyens aux droits fondamentaux. Il est important d'établir un état des lieux et de définir les besoins tant du point de vue des responsables prenant des mesures pour promouvoir la cohésion sociale, que de celui de la Communauté et des pouvoirs locaux. Les instruments permettant d'analyser la situation existante et les besoins pourront faire l'objet d'un questionnaire, comme aussi d'interviews pertinentes des organisations, en incluant les intéressés. Ici aussi, des ateliers ou une combinaison des instruments énumérés sont à envisager. Des études existantes compléteront également l'état des lieux.

Les dispositions de ce plan d'action seront élaborées en concordance avec le « Plan d'action national pour l'insertion sociale » d'une part et le « Plan wallon de cohésion sociale » d'autre part. La mise en place d'un réseau pour promouvoir la cohésion sociale permettra une concertation structurée des acteurs et une

application coordonnée de la stratégie globale. Les acteurs collaboreront à la définition du modèle, de la stratégie globale et de la mission fondamentale de ce réseau.

Un autre objectif important de ce sous-projet est une mise en réseau efficace des différents acteurs, afin que se construisent entre eux des relations fructueuses et durables. Un réseau vit de l'engagement de ses participants à échanger informations, conseils et contacts, mais aussi à faire preuve de la plus grande franchise entre eux. À l'issue des analyses portant sur l'existant et les besoins, un tel réseau unira les organisations qui aident à la cohésion sociale et assumera les tâches suivantes :

- élaboration d'une stratégie commune avec une approche globale
- développement d'un modèle d'insertion
- concertation et coordination des dispositions existantes
- élaboration et évaluation d'un plan d'action
- conclusion d'accords contraignants
- clarification de la collaboration des acteurs quant aux besoins identifiés mais non traités
- identification continue des besoins auprès des différents groupes cibles
- échanges quant aux méthodes et instruments appropriés ainsi qu'élaboration de nouveaux concepts et méthodes
- mise à disposition d'informations concernant les interlocuteurs et les offres ainsi que tenue à jour de la banque de données
- élaboration d'un plan d'action de la DG en vue de promouvoir la cohésion sociale
- élaboration d'indicateurs permettant d'évaluer l'accès aux droits fondamentaux.

Paragraphe 2 : Approche suivie pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale

1. Réponses aux questions du Comité européen des Droits sociaux

COMMENTAIRE DU COMITE

Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations sur l'impact de toutes les mesures en termes de réduction de la pauvreté et, en particulier, de l'exclusion sociale, plus précisément ce qui a été fait pour intégrer les divers services et prestations dans les grands domaines dont il est question à l'article 30 « emploi, logement, formation, éducation et culture » et demande des indicateurs quantifiés des moyens déployés, le nombre de bénéficiaires et les résultats obtenus pour chacune des initiatives prises à cet effet.

En Communauté flamande

Afin de soutenir la politique flamande de lutte contre la pauvreté, le service d'étude du Gouvernement flamand a développé un moniteur en vue de cartographier la situation de pauvreté et son évolution en Flandre (Région flamande). Le Moniteur flamand de lutte contre la pauvreté est un moniteur d'environnement. Cela signifie que ce ne sont pas les mesures de lutte qui sont cartographiées, mais bien la situation actuelle de pauvreté que la politique veut résoudre. La situation de pauvreté en Flandre est étudiée en elle-même (c'est-à-dire indépendamment de la situation dans les autres régions de Belgique). Ainsi, en utilisant par exemple un seuil de pauvreté régional propre à la Flandre (au lieu du seuil de pauvreté national), on s'assure que les chiffres flamands de la pauvreté ne soient pas influencés dans des revenus faibles d'autres régions. En outre, il est tenu compte du caractère multidimensionnel de la problématique de la pauvreté. La pauvreté est en effet bien davantage qu'un manque de revenus. Cela renvoie en effet vers une série de formes reliées d'exclusions dans différents domaines de la vie individuelle et sociale. Des difficultés financières sont simultanément souvent la cause et la conséquence d'une lacune en matière d'emploi, d'enseignement, de logement, de santé ou de participation sociale. Pour chacun de ces domaines de vie, des indicateurs ont également été repris dans le moniteur. Considérant que la lutte contre la pauvreté infantile et chez les parents est une importante priorité de la politique flamande, certains indicateurs se concentrant spécifiquement sur ces deux groupes ont également été repris. La progression dans les différents objectifs formulés par le Gouvernement flamand dans le cadre du Pacte 2020 et du programme de réformes flamand pour la stratégie UE2020 est également discutée dans le cadre du moniteur.

Le moniteur flamand de lutte contre la pauvreté est principalement basé sur des indicateurs clé repris dans le rapport préparatoire de OASes "Vers une lutte plus efficace contre la pauvreté". Ces indicateurs clé ont en outre été complétés par des indicateurs pertinents provenant des séries d'indicateurs du Pacte 2020, du baromètre de la pauvreté des objectifs du millénaire 2017 et du plan d'action National d'Inclusion sociale.

Vous trouverez en annexe la deuxième édition du moniteur flamand de lutte contre la pauvreté publié en 2012.

Annexes

Annexe 1 : Article 13 § 3 - Droit à l'assistance sociale et médicale – Moyens (2008-2011)

Article 13 § 3 - Droit à l'assistance sociale et médicale - Moyens				
	2008	2009	2010	2011
Organisation en Communauté germanophone	Subvention (y compris subv. de personnel et de fonction., subv. ACS, frais de matériel)	Subvention (y compris subv. de personnel et de fonction., subv. ACS, frais de matériel)	Subvention (y compris subv. de personnel et de fonction., subv. ACS, frais de matériel)	Subvention (y compris subv. de personnel et de fonction., subv. ACS, frais de matériel)
Dienststelle für Personen mit Behinderung Agence pour personnes handicapées	8.564.327,72 EUR	8.625.051,67 EUR	8.662.570,02 EUR	8.255.297,66 EUR
Caritas-Gruppe Intégration sociale et économique	106.117,48 EUR	136.279,70 EUR	127.031,57 EUR	141.828,12 EUR
Telefonhilfe Télé-accueil	62.244,42 EUR	72.241,73 EUR	88.398,48 EUR	87.965,96 EUR
PRISMA - Beratungszentrum PRISMA - Frauenfluchthaus Centre de consultation et maison d'urgence pour femmes battues	159.408,54 EUR	163.791,92 EUR	163.903,92 EUR	165.652,92 EUR
Rotes Kreuz : Lebensmittelbank Croix Rouge : Banque alimentaire	10.144,72 EUR	9.303,97 EUR	16.428,47 EUR	16.452,98 EUR
Rotes Kreuz : Info-Asyl, Multiproblemmfamilien Croix Rouge : Info-Asyl, Familles à problèmes multiples	53.462,79 EUR	110.627,93 EUR	95.703,32 EUR	90.044,46 EUR
Soziale Wiedereingliederung von Strafgefangene SASJ - Service d'aide sociale aux justiciables	9.000,00 EUR	9.000,00 EUR	9.850,00 EUR	10.500,00 EUR
Sozial-psychologisches Zentrum - SPZ Centre psycho-social	832.709,58 EUR	872.252,00 EUR	849.263,10 EUR	857.238,69 EUR
Verbraucherschutzzentrale VoG (*) Organisation de protection des consommateurs (centre de référence en médiation de dette)	191.000,00 EUR	217.115,76 EUR	263.620,00 EUR	271.529,00 EUR
Entschuldungsfonds Fonds de Désendettement (**)	0,00 EUR	22.000,00 EUR	0,00 EUR	40.000,00 EUR
Öffentliche Sozialhilfezentren Centres publics d'action sociale (C.P.A.S.)	847.000,00 EUR	1.839.476,00 EUR	1.676.069,00 EUR	1.821.612,00 EUR
Notaufnahmewohnungen logements d'urgences (***)	2.556,00 EUR	2.954,59 EUR	102.798,64 EUR	154.543,20 EUR
	(50% des loyers non payés)	(***)	(***)	(***)
(*) La Verbraucherschutzzentrale reçoit des subsides pour ses conseil en droit locatif et droit du consommateur ainsi que pour son centre de référence en médiation de dettes. Les services de médiation de dettes ne reçoivent pas de subside directe de la part de la Communauté germanophone. Ils appartiennent tous à un CPAS. Les CPAS reçoivent un financement fédéral (loi du 4. septembre 2002 "Van de Lanotte").				

Annexe 2 : Art 14 - Droit Bénéfice serv sociaux

Organisation en Communauté germanopone	Subvention (Y compris subv. de personnel et de fonction., subv. ACS, frais de matériaux)	Effectifs (moyenne de 2008-2011)	Nbr. Bénéficiaires	Tartification
Dienststelle für Personen mit Behinderung Agence pour personnes handicapées	8.255.297,66 EUR	38 pers.	1.317 pers.	gratuit
Caritas-Gruppe Intégration sociale et économique	141.828,12 EUR	7 pers.	95 pers.	gratuit
Telefonhilfe Télé-accueil	87.965,96 EUR	3 pers.	3.421 entretiens téléf.	gratuit
PRISMA - Beratungszentrum	165.652,92 EUR	6 pers.	151 clients	13,00 EUR/consultation
PRISMA - Frauenfluchthaus Centre de consultation et maison d'urgence			14 reprises	11,20 EUR/femme/nuit
				5,00 EUR/enfant/nuit
Rotes Kreuz : Lebensmittelbank Croix Rouge : Banque alimentaire	16.452,98 EUR (uniquement frais alimentaires)	bénévoles	1.581 pers.	gratuit
Rotes Kreuz : Info-Asyl, Multiproblemfamilien Croix Rouge : Info-Asyl, Familles à problèmes multiples	90.044,46 EUR	3 pers.	pas défini	gratuit
Soziale Wiedereingliederung von Straftätern SASJ - Service d'aide sociale aux justiciables	10.500,00 EUR	1 pers.	21 détenus	gratuit
Sozial-psychologisches Zentrum - SPZ Centre psycho-social	857.238,69 EUR	23 pers.	1.803 clients	13,00 EUR/consultation
Verbraucherschutzzentrale VoG (*)	271.529,00 EUR	3,4	86	gratuit
Organisation de protection des consommateurs (centre de référence en médiation de dette)		ETP médiateurs (sans conseiller en consommation)	clients	
Entschuldungsfonds Fonds de Désendettement (**)	40.000,00 EUR Dotation	0,08 ETP	26 preneur de crédit	gratuit
Öffentliche Sozialhilfzentren Centres publics d'action sociale	1.821.612,00 EUR Dotation	pas encore transmis ETP	pas encore publié total RIS et équivalent RIS	gratuit
Notaufnahmewohnungen logements d'urgences (***)	154.543,20 EUR (***)	/ non connu car personnel non subsidié	/ données pas encore complètes	loyer à tarif social

(*) les services de médiation de dettes ne reçoivent pas de subside directe de la part de la Communauté germanophone. Ils appartiennent tous à un CPAS. Les CPAS reçoivent un financement fédéral

(**) voir texte relatif à l'article 13 et 14

(***) les C.P.A.S., les communes ou les associations qui mettent à disposition des logements d'urgence reçoivent des subsides (60%) pour l'achat ou la rénovation des logements d'urgence et au cas où ils