



27/10/2016

RAP/RCha/BEL/11(2017)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

11e rapport sur la mise en œuvre de
la Charte sociale européenne

soumis par

LE GOVERNEMENT DE LA BELGIQUE

Articles 3, 11, 12, 13, 14 et 30 pour la période
01/01/2012 – 31/12/2015

Rapport enregistré par le Secrétariat le

27 octobre 2016

CYCLE 2017

11^{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 : 2012 – 2015

Table des 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. Réponses aux questions du Comité	6
Paragraphe 2 – Prescription de règlements de sécurité et d'hygiène	19
1. Evolution depuis le dernier rapport	19
2. Réponses aux questions du Comité	22
Paragraphe 3 – Prescription de mesures de contrôle de l'application des règlements de sécurité et d'hygiène	26
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	26
2. Réponses aux questions du Comité	27
Paragraphe 4 – Service de santé au travail	33
1. Réponse aux questions du Comité	33
Article 11 – Droit à la protection de la santé	36
Paragraphe 1 – Elimination des causes d'une santé déficiente	36
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	36
3. Réponses aux questions du Comité	46
Paragraphe 2 – Services de consultation et d'éducatons sanitaires.....	50
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	50
Paragraphe 3 – Prévention des maladies.....	57
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	57
2. Réponses aux questions du Comité	57
Article 12 – Droit à la sécurité sociale	75
Paragraphe 1 – Existence d'un système de sécurité sociale	75
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	75
Paragraphe 2 – Respect de la Convention n° 102 de l'OIT (sécurité sociale, norme minimum)	135
Paragraphe 3 – Evolution du système de sécurité sociale.	135
Paragraphe 4 – Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats.....	136
1. Réponses aux questions du Comité	136
Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale.....	137
Paragraphe 1 – Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin	137
1. Evolution depuis le dernier rapport	137
2. Réponses aux questions du Comité	141

3. Réponse à la situation non-conforme	141
Paragraphe 2 – Non-discrimination dans l’exercice des droits sociaux et politiques	142
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	142
Paragraphe 3 – Prévention, abolition ou allègement de l’état de besoin	143
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	143
Paragraphe 4 – Assistance d’urgence spécifique aux non-résidents	147
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	147
2. Réponses aux questions du Comité	147
Article 14 – Droit au bénéfice des services sociaux	148
Paragraphe 1 – Encouragement ou organisation des services sociaux	148
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	148
2. Réponses aux questions du Comité	160
Paragraphe 2 – Participation du public à la création et au maintien des services sociaux.....	168
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	168
2. Réponses aux questions du Comité	169
3. Réponses aux articles non-conformes :	171
Article 30 – Droit à la protection contre la pauvreté et l’exclusion sociale	173
1. Evolutions depuis le dernier rapport.....	173
2. Réponses aux questions du Comité	178
3. Réponse à la situation de non-conformité.....	185
4. Réponse à la Réclamation Collective.....	187
ANNEXES DU RAPPORT	190

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 les 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. Réponses aux questions du Comité

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de l'emploi :

Objectif général de la politique

Résultats de la Stratégie nationale et de l'enquête sur l'état de la santé et de la sécurité au travail

En février 2007, la Commission a publié une Communication intitulée : « Améliorer la qualité et la productivité au travail : Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail ». La « Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012 » constitue le projet belge de cette stratégie communautaire.

Une étude a été réalisée en 2013 avec pour objet de présenter une évaluation de la Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012 et de présenter un premier plan de la future stratégie nationale 2013-2020.

Le site web du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale reprend le rapport final de ce projet, un rapport de synthèse et une courte fiche synthétique : <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=39435>

Les principaux résultats sont :

- **Réalisation de la stratégie nationale 2008-2012**

La stratégie nationale pour le bien-être au travail est structurée en 5 programmes, avec 12 projets principaux et plusieurs actions par projet. Ce chapitre présente la synthèse de la réalisation de chacune de ces actions par le biais d'un scorebord. Le détail de la réalisation, action par action, est disponible dans le rapport final d'évaluation. La définition des objectifs visés par chacun des 12 projets de la stratégie 2008-2012 peut être consultée sur ce site: [Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012](#)

Pour la facilité de lecture, la numérotation des projets et des actions a été conservée.

Le scoreboard a été conçu pour dresser la cartographie de la réalisation de la stratégie. Il a l'avantage de fournir une image d'ensemble et d'établir une forme de « mesure » de sa réalisation mais présente l'inconvénient de donner la même « valeur » (ampleur) à toutes les actions listées. Ce défaut est, en partie, le résultat de la structure de la stratégie qui n'a pas hiérarchisé les activités (voir aussi Premiers constats p.11) ou ne les a pas divisées en étapes de réalisation. Néanmoins, nous espérons de la sorte proposer un outil de synthèse.

○ **Evaluation de l'objectif global de la stratégie 2008-2012**

L'objectif global (commun à l'ensemble des programmes) visait une réduction continue, homogène des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les axes transversaux qui regroupent l'ensemble des programmes évalués ci-avant étaient, outre la diminution globale de 25% des accidents, le changement de comportement chez les travailleurs par la promotion d'une culture de prévention des risques ainsi que l'amélioration du fonctionnement des services de prévention, notamment l'échange d'informations et le renforcement du contrôle.

- 1. La diminution globale de 25 % des accidents**
Les statistiques des accidents du travail montrent une diminution entre 2008 et 2011 (10%). Toutefois, elle n'atteint pas l'objectif fixé, d'une part et, d'autre part, elle n'est pas forcément attribuable à la mise en œuvre de la stratégie.
- 2. Changement de comportement chez les travailleurs par la promotion d'une culture de prévention des risques**
Instaurer une culture de prévention dans la société constitue le but ultime d'une stratégie de bien-être au travail. Ces dernières années, le concept de « culture de la sécurité » ou de « culture de prévention » a trouvé une place de prédilection dans le monde de la prévention. En réalité, ce concept est bien souvent utilisé à tort et à travers. Il serait donc, dans le contexte de l'élaboration d'une stratégie, indispensable de bien le définir.
Par ailleurs, sur le plan de l'intégration de la sécurité et de la santé au travail dans la formation et dans l'enseignement (un autre levier plus en amont de la culture de prévention), un certain nombre d'avancées ont été réalisées. Toutefois, il s'agit d'un domaine d'intervention où le partage des compétences entre différents niveaux de pouvoir rend l'action difficile. Cependant, il constitue un levier important du changement de culture et de comportement des futurs employeurs et travailleurs.
- 3. L'amélioration du fonctionnement des services de prévention**
Les structures de prévention que sont les services internes et externes constituent les socles de la prévention dans les entreprises. Il est donc essentiel que ceux-ci fonctionnent le mieux possible.

Comme l'évaluation du programme 1 l'indique, l'objectif d'amélioration du fonctionnement des services externes par une révision de leur organisation et du système de tarification n'a pas été achevé.

Des dispositions nouvelles ont été prises en matière de contrôle toutefois.

Renforcer les missions de prévention, et en particulier, celles relatives à l'accompagnement des entreprises dans l'analyse et l'évaluation des risques, restent des moyens d'action privilégiés pour améliorer les pratiques de prévention principalement dans les PME. Il faut donc fournir aux services externes un cadre de fonctionnement qui leur permette d'accéder facilement aux PME et dans une plus large mesure

qu'aujourd'hui.

Cet objectif demeure un point d'attention pour la prochaine stratégie car les services de prévention constituent un des supports principaux à la concrétisation des actions de prévention dans les entreprises et une des structures de prévention les plus essentielles de la politique de prévention en Belgique.

○ **Constats découlant de l'exécution de la stratégie 2008-2012**

1. Un manque d'engagement
2. Des responsabilités peu claires
3. Un cadre insuffisamment dessiné
4. Un manque de structure dans la définition des objectifs et la mise en œuvre
5. Un manque de concertation entre les personnes concernées par la définition des objectifs et la mise en œuvre
6. Un manque de communication à propos des objectifs stratégiques et opérationnels
7. Un manque de continuité entre la définition des objectifs stratégiques et opérationnels et la responsabilisation des employeurs et travailleurs dans leur contexte de travail
8. Un manque d'indicateurs et d'instruments de monitoring
9. Un manque d'évaluation et de suivi de l'évolution des objectifs

○ **Pistes possibles pour la structure et le contenu de la future stratégie**

La future stratégie pourra présenter une structure par objectifs stratégiques déclinés en objectifs opérationnels et en actions visant la réalisation des objectifs définis. Les axes stratégiques proposés sont:

- L'employabilité durable par la qualité du travail
- La participation au marché du travail
- Le renforcement des structures de prévention
- Le renforcement de la culture de la prévention

● **Résultats de l'enquête sur l'état de la santé et de la sécurité au travail**

Un consortium de chercheurs belges a été contacté pour élaborer un rapport ciblé particulièrement sur la qualité du travail et de l'emploi en Belgique, sur base des informations recueillies par le biais de l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT - 2010) belge sur 4000 travailleurs. Une convention a été signée entre la Belgique et Eurofound (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) pour augmenter l'échantillon belge à 4000 travailleurs.

Tous les résultats (rapport, synthèse du rapport et fiche synthétique) sont disponibles sur notre site web : <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=36688>

Les principaux résultats sont :

- Dans le premier chapitre, Tom Vandenbrande et Sem Vandekerckhove développent le cadre des indicateurs qui seront utilisés dans tout l'ouvrage. L'EECT réunit beaucoup d'informations relatives à la qualité de l'emploi. L'élaboration d'un rapport sur toutes ces questions ne pourrait que nuire à la clarté du sujet. Le premier chapitre a limité ces informations pour déboucher sur une liste de 22 indicateurs essentiels de la qualité de l'emploi et 10 indicateurs sur les incidences de la qualité de l'emploi. Dans une deuxième étape, ces informations ont été utilisées pour répartir les travailleurs belges en sept groupes

dont chacun a été confronté à un type particulier de qualité de l'emploi. Un travail à temps plein équilibré est ainsi distingué d'un travail exigeant sur le plan émotionnel ou selon des horaires flexibles et inhabituels. Par ailleurs, nous classons les emplois en emplois saturés, travail avec perspectives de carrières limitées, travail répétitif lourd et travail indécent. Ces sept types de travail jouent un rôle central dans ce premier chapitre et sont utilisés à plusieurs endroits dans les chapitres suivants. Le premier chapitre analyse la répartition de ces sept types de travail sur le marché de l'emploi belge et évalue les incidences des différents types de qualité de travail.

- Les chances de bénéficier d'un travail de bonne qualité et le risque d'effectuer un travail de mauvaise qualité ne sont pas uniformément répartis au sein de la population active. Le sexe, la profession, le secteur et la taille de la société sont des éléments déterminants importants de la qualité de l'emploi des travailleurs.
- La relation attendue entre la qualité du travail et le bien-être et la santé des travailleurs est confirmée.
- La relation étroite entre la soutenabilité et la santé s'est également traduite dans l'analyse approfondie des questions sur la soutenabilité, c'est-à-dire si les travailleurs croient qu'ils pourront effectuer le même travail lorsqu'ils auront 60 ans. De bons scores dans l'état de santé général, la santé physique et la santé psychologique sont corrélés à de meilleurs scores dans la soutenabilité du travail tandis que les risques professionnels pour la santé sont corrélés à des scores inférieurs pour ce critère. La satisfaction liée au travail est une autre incidence importante, corrélée positivement à la soutenabilité du travail.
- Une corrélation positive est établie entre la soutenabilité du travail et pratiquement chaque indicateur sélectionné de la qualité de l'emploi. Les personnes exerçant des emplois de bonne qualité sont plus susceptibles de croire qu'elles pourront faire le même travail lorsqu'elles auront 60 ans.
- S'il est primordial de garder les travailleurs au travail pour les décideurs politiques, garantir un travail sain est à tout le moins aussi important. Dans notre économie en cours de mondialisation, les sociétés doivent sans cesse améliorer la productivité et la compétitivité, plaçant ainsi les travailleurs sous une pression sans cesse croissante pour faire 'plus, mieux, plus vite et plus fort'. Il est clair qu'il faut garder un œil attentif sur l'impact de cette optimisation des performances sur le bien-être des travailleurs. En Belgique, 8% des travailleurs perçoivent positivement les impacts de leur travail sur leur santé tandis que 22% en donnent une estimation négative. Les troubles musculosquelettiques (par exemple, douleurs lombaires et douleurs musculaires dans la nuque) restent les incidences négatives pour la santé les plus fréquemment rapportées par les travailleurs. Par ailleurs, les travailleurs signalent souvent des troubles mentaux tels que la fatigue, les problèmes de sommeil et les maux de tête provoqués par leur travail.
- La dernière conclusion, à savoir l'importance des demandes du travail, a été confirmée dans le chapitre relatif aux effets de la restructuration. Ce dernier a été axé sur l'argument que l'événement spécifique d'une décision de restructuration devait intervenir en gardant à l'esprit que les changements inévitables dans l'organisation du travail avaient un effet important sur la santé mentale des travailleurs. L'analyse confirme que la façon dont cette réorganisation du travail est mise en œuvre soit renforcé, soit atténué l'impact négatif de la restructuration sur la santé psychologique. Si les emplois sont conçus de manière telle que le contrôle disponible sur le travail permette aux travailleurs de faire face aux demandes plus fortes du travail, les effets négatifs de la restructuration sont en partie compensés.
- Nous parvenons à des conclusions similaires sur la distribution et les incidences du travail précaire. D'une part, le travail précaire n'est pas distribué aléatoirement parmi la population active. En général, les femmes, les jeunes, les travailleurs peu éduqués ou qualifiés ainsi que les travailleurs provenant de micro ou de petites organisations et issus des professions agricoles et élémentaires ou du personnel des services enregistrent des scores plus élevés sur le plan de l'indicateur de précarité globale. Par ailleurs, les caractéristiques précaires des

emplois semblent être corrélées négativement avec la santé des travailleurs, leur bien-être en général, l'insécurité de l'emploi et la satisfaction liée au travail.

- Les conclusions politiques des deux approches sont similaires. En raison des chances inégales d'une mauvaise qualité ou d'un travail précaire et des incidences négatives de ces emplois sur le plan de la santé et du bien-être des travailleurs, des efforts continus doivent être encouragés pour réduire le nombre d'emplois enregistrant des scores médiocres pour plusieurs indicateurs de qualité du travail.

- **Examination des politiques et des stratégies**

Sur base de l'évaluation de la stratégie nationale 2008-2012 et en partant des recommandations faites, une nouvelle stratégie nationale 2016 – 2020 est en cours d'élaboration.

Dans un premier temps, des objectifs stratégiques et opérationnels ont été définis de manière notamment à diminuer les accidents du travail et les maladies professionnels. Un document sous forme de tableau a été soumis à l'avis du Conseil National du Travail qui a émis un avis le 25 novembre 2014. Le tableau est repris ci-dessous:

OBJECTIFS STRATEGIQUES				
OBJECTIFS OPERATIONNELS	I. LE TRAVAIL DURABLE	II. LE RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL	III. LE RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION	IV. LE RENFORCEMENT DE LA CULTURE DE PRÉVENTION
	La prévention constante des accidents du travail	Un travail durable pour tous les travailleurs	Mise en exergue de la responsabilité de l'employeur dans la politique de prévention, en particulier au sein des PME	Le développement d'actions ciblées à destination des PME
	La prévention constante des maladies professionnelles	La réintégration des travailleurs en incapacité de travail	L'intégration du bien-être au travail dans le management	La politique axée sur les groupes cibles: les jeunes, les travailleurs plus âgés, les femmes, les hommes, les travailleurs non qualifiés, les migrants, les domestiques, les accueillants d'enfants, les télétravailleurs, les intérimaires, les sous-traitants;
	La prévention ou la réduction des risques psychosociaux		Un meilleur fonctionnement des services de prévention	L'intégration du bien-être au travail dans l'enseignement et dans la formation
	La prévention ou la réduction des troubles musculo-squelettiques		Promouvoir la concertation sociale	L'intégration du bien-être au travail dans tous les domaines de l'administration publique
	La prévention ou la réduction des risques nouveaux et émergents		Renforcer le fonctionnement des services d'inspection du travail	
			La mise à disposition des données existantes en matière d'exposition	
			Une réglementation de qualité et une simplification administrative	

Dans un deuxième temps, ce tableau a été transposé (sur base de l'avis du Conseil National du Travail et de la note politique du Ministre de l'Emploi) dans un texte qui reprend les objectifs stratégiques et opérationnels de la stratégie nationale bien-être au travail 2016 – 2020 ainsi que les objectifs prioritaires et actions pour les années 2016 -2017 et qui est actuellement soumis à l'avis du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail.

Dans un troisième temps (dernier trimestre de 2016), un plan d'action sera développé qui indiquera les responsabilités de toutes les parties prenantes, et mettra en œuvre une feuille de route contenant des indicateurs et des moments d'évaluation. Les indicateurs et les instruments de monitoring qui aideront à identifier si les objectifs sont atteints seront également repris dans le plan d'action.

Cette méthode d'élaboration de la stratégie nationale a pour but de s'assurer de l'engagement durable et la collaboration étroite de toutes les parties prenantes et d'arriver à un plus grand niveau d'efficacité lors de la mise en œuvre de cette stratégie afin que l'on puisse atteindre ses objectifs.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Evaluation et gestion des risques professionnels dans les secteurs non couverts par des guides sectoriels

L'employeur est responsable de la mise en place dans son entreprise du système dynamique de gestion des risques et de la réalisation de l'analyse des risques, avec pour objectif la détermination des mesures de prévention appropriées. Il existe de nombreuses méthodes permettant de réaliser l'analyse des risques (le SPF Emploi en propose certaines sur son site internet : SOBANE, OIRA, outils pour les risques psychosociaux ou les troubles musculosquelettiques et donne de l'information aux entreprises : <http://www.beswic.be/fr/politique-du-bien-etre/analyse-des-risques>). Cependant l'employeur n'a aucune obligation d'utiliser une méthode plutôt qu'une autre. Il a par contre une obligation de résultats en termes de prévention. L'analyse des risques doit couvrir tous les domaines du bien-être au travail: santé, sécurité, aspects psychosociaux, ergonomie, hygiène du travail...Etant donné les interactions et les relations fréquentes entre les différents dangers et risques, l'analyse des risques doit débiter par une démarche globale permettant d'identifier tous les dangers et risques présents au sein de l'entreprise. Cette démarche globale peut être effectuée par l'employeur lui-même avec la participation de ses travailleurs et l'aide du conseiller en prévention du service interne. Il est possible dans un deuxième temps de s'intéresser de plus près à un risque qui a été révélé par l'analyse des risques plus globale avec si besoin l'aide d'un conseiller en prévention spécialiste en la matière (un médecin du travail, un ergonomiste, un hygiéniste ou un spécialiste dans la sécurité ou les aspects psychosociaux) afin de l'analyser plus en profondeur. Sur base des résultats de ces analyses des risques, l'employeur pourra identifier les mesures de prévention à prendre et les mettre en œuvre avec la participation des experts en prévention, de la ligne hiérarchique et des travailleurs eux-mêmes.

Culture liée au bien-être au travail

La direction générale Contrôle du bien-être (DG CBE) essaie d'améliorer la culture liée au bien-être au travail en visant les buts stratégiques ci-dessous :

- vérifier si l'employeur a prévu une organisation adéquate en vue de maîtriser les risques pour ses travailleurs, y compris la consultation d'experts;
- stimuler l'employeur de sorte que la sécurité et la santé des travailleurs soient préservées, tel que prévu dans la réglementation pour la prévention des accidents et des problèmes de santé;
- encourager les travailleurs et leurs représentants à participer à la réalisation de lieux de travail sûrs et sains;

- informer et conseiller les employeurs et les travailleurs en vue d'une meilleure application des prescriptions réglementaires et administratives;
- informer les autorités nationales des lacunes et manquements dans les prescriptions réglementaires et administratives.

Cette vision comprend cinq grandes lignes:

- elle ne vise pas uniquement tous les « travailleurs » en Belgique, mais tous ceux qui exécutent une forme de travail sous autorité;
- elle vise à ce que le contrôle se fasse de manière aussi homogène que possible sur l'ensemble du pays;
- elle vise à améliorer le bien-être au travail par des contrôles plus efficaces, en collaboration avec les partenaires spécialisés;
- elle veut stimuler l'amélioration du cadre légal;
- elle veut améliorer en permanence la formation des inspecteurs par une formation de base, une formation continue et des échanges d'expériences.

Au sein de la DG CBE a été créée une cellule 'formation' qui se renseigne sur les besoins de formation, établit chaque année un plan des besoins de formation et qui élabore ensuite, en fonction des moyens disponibles et en concertation avec le service d'encadrement P&O, un plan de formation.

Il a été créé tout un réseau d'experts pour chaque domaine du bien-être: sécurité, santé, ergonomie, hygiène et aspects psychosociaux du travail. Une direction de la connaissance transversale pour les structures organisationnelles a également été créée. Chacune de ces directions de la connaissance est dirigée par un coordinateur de connaissances. Elles se penchent entre autres sur l'interprétation et l'application de la réglementation et élaborent aussi des guides pour les inspecteurs. De cette manière, la DG CBE essaye d'uniformiser l'approche d'inspection. Dans ce partage de connaissances, la tendance est de faire du partage de connaissances via des ateliers et des interventions. De cette manière, on recueille pour certains thèmes des exemples de bonnes pratiques. De plus, les dossiers complexes pour lesquels il n'existe pas d'approche unique sont analysés au sein du groupe pour arriver ainsi à des solutions concrètes, juridiquement correctes et pragmatiques.

Chaque modification importante ou nouvelle réglementation est expliquée par les juristes de la Division 'Normes' de la Direction générale Humanisation du Travail, en concertation avec la direction de la connaissance concernée.

Le temps qui reste pour le travail d'inspection proactif est de préférence utilisé pour mener des campagnes d'inspection, aussi bien au niveau national que local (au niveau de la direction régionale). Chaque campagne est précédée par une journée de formation lors de laquelle sont expliqués la réglementation ainsi que la liste ou les listes de contrôle à utiliser, les points à contrôler et la politique de maintien.

Une réunion des chefs de direction est organisée tous les mois à laquelle assistent tous les directeurs régionaux, ainsi que le staff et le management. On y laisse aussi suffisamment de place au partage de connaissances et on fait souvent appel à des intervenants pour expliquer certaines problématiques. Le message de cette réunion des chefs de direction doit ensuite être diffusé vers les inspecteurs au niveau local via la réunion de service mensuelle. Lors de cette réunion, sont aussi traités des cas auxquels les inspecteurs ont été confrontés.

Obligation de créer un service interne de prévention et de protection au travail imposée par la loi et le recours quasi généralisé à des services externes de prévention et de protection au travail dans la pratique

Ainsi qu'il a été dit dans le précédent rapport, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, dans son article 33, dispose que chaque employeur a l'obligation de créer un service interne pour la prévention et la protection au travail, comprenant au moins un conseiller en prévention. Ce même article précise également que l'employeur peut remplir lui-même cette fonction dans les entreprises de moins de 20 travailleurs. Cette obligation légale est respectée par les entreprises et les institutions et dans l'hypothèse où elle ne l'est pas, l'inspection Contrôle du bien-être au travail intervient pour assurer l'effectivité de cette obligation légale en imposant la création d'un service interne.

Le rôle du service interne est d'assurer la première ligne en matière de bien-être au travail au sein de l'entreprise. Concrètement, il doit assister l'employeur, la hiérarchie et les travailleurs dans l'élaboration de la politique de prévention de l'entreprise. Cela signifie notamment participer à l'analyse des risques, participer à l'analyse des causes des maladies professionnelles mais aussi des risques psychosociaux au travail, donner un avis sur l'organisation des lieux de travail, faire des propositions relatives à l'accueil, à l'information et la formation des travailleurs, assurer le secrétariat du Comité pour la prévention et la protection au travail,...

Le service externe, quant à lui, va jouer le rôle de deuxième ligne : si l'employeur ne dispose pas dans son entreprise de compétences suffisantes pour effectuer toutes les missions dévolues au service interne par la réglementation, celui-ci doit, en plus, faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail. On imagine aisément, par exemple, qu'il n'est pas possible pour une petite entreprise de disposer d'un médecin du travail dans son service interne. L'employeur devra ainsi s'affilier à un service externe pour cette compétence de la médecine du travail. Cela ne lui ôtera cependant pas son obligation d'avoir un service interne avec au minimum un conseiller en prévention dans son entreprise.

Concernant cette répartition entre service interne et service externe, certaines nuances doivent être apportées. Certaines missions de base doivent en effet toujours être effectuées par le service interne, l'idée étant qu'elles requièrent des données ou connaissances qui se trouvent au cœur de l'entreprise. Ces missions dépendent du groupe auquel l'employeur appartient. En effet, les employeurs sont divisés en 4 groupes (A, B, C ou D) selon la taille de l'entreprise et les risques qui y sont présents. Le groupe A comprend les entreprises de plus de 1000 travailleurs ou celles avec un haut niveau de risque (c'est-à-dire certains secteurs industriels). Le groupe B comprend les entreprises de 200 à 1000 travailleurs ou celles à risque élevé. Les services internes de ces entreprises des groupes A et B doivent par exemple toujours effectuer les analyses des risques et collaborer à l'accueil des travailleurs. Le groupe C comprend les employeurs qui occupent moins de 200 travailleurs et qui ne relèvent pas des secteurs à risque. Les services internes des entreprises de ce groupe C doivent, par exemple, réaliser des enquêtes des lieux de travail et effectuer des tâches relatives à la rédaction de rapports. Le groupe D, enfin, comprend les petites entreprises de moins de 20 travailleurs et où l'employeur joue le rôle de conseiller en prévention.

A l'inverse, certaines missions doivent toujours être effectuées par un service externe dans les entreprises des groupes C et D, lorsque le conseiller en prévention de ces entreprises ne dispose pas de la formation complémentaire du niveau I ou II. Le service interne joue pourtant toujours un rôle de coordination avec le service externe. Cela signifie qu'il doit fournir au service externe toutes les informations utiles lui permettant d'accomplir ses missions.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Informations sur les modalités d'organisation et de participation de la recherche scientifique et technique

Le SPF Emploi possède un budget spécifique pour financer des recherches en matière de santé et de sécurité au travail. C'est la Direction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail (DIRACT) qui gère ces projets de recherches : définition des objectifs sur base de besoins, réalisation d'un marché public (cahier des charges, offres, attribution...), suivi du projet via un comité d'accompagnement, réception des rapports finaux, diffusion des résultats. Les organismes qui participent aux marchés publics sont le plus souvent des universités. Mais selon le type de recherche, il peut s'agir également d'organismes de terrain comme par exemple des services externes de prévention et de protection au travail.

Tous les résultats de nos projets de recherche sont disponibles sur notre site web : <http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=556&idM=127>

Assurance de la formation des professionnels qualifiés et des conseillers de prévention

Dans les services internes pour la prévention et la protection au travail :

Il existe différents niveaux de formation des conseillers en prévention. Celle-ci est organisée par l'arrêté royal du 17 mai 2007 relatif à la formation et au recyclage des conseillers en prévention des services internes et externes pour la prévention et la protection au travail (M.B. 11.07.2007).

La formation dite « connaissances de base » pour conseillers en prévention (en règle générale, celle dont doit disposer le conseiller en prévention interne des entreprises des groupes C et D, c'est-à-dire les entreprises de moins de 200 travailleurs sans risques particuliers) est une formation de 40h minimum, qui doit répondre à certaines conditions. Le SPF Emploi dispose sur son site internet d'une liste d'institutions (la plupart des organismes privés) qui organisent les formations et répondent à ces conditions : <http://www.emploi.belgique.be/erkenningenDefault.aspx?id=11460>

Cette formation n'est cependant pas obligatoire : le conseiller en prévention peut attester de ces connaissances d'une autre façon. S'il a suivi une de ces formations, il satisfait toutefois à cette exigence de connaissances de base.

La formation de niveau II et la formation de niveau I pour conseiller en prévention se composent d'un module multidisciplinaire de base (de 120h) qui est commun à tous les conseillers en prévention et ensuite d'un module de spécialisation soit respectivement de niveau II (de 90h) ou de niveau I (de 280h). Les organisateurs de formations complémentaires doivent être agréés par le SPF Emploi et se trouvent également sur une liste sur le site internet : <http://www.emploi.belgique.be/erkenningenDefault.aspx?id=5036>

Les conseillers en prévention internes dans les très grandes entreprises et celles à risques élevés (le groupe A) doivent suivre la formation complémentaire de niveau I s'ils sont chargés de la direction du service interne. Les autres conseillers en prévention de ces entreprises du groupe A et ceux du groupe B (les grandes entreprises et celles avec certains risques) doivent disposer de la formation de niveau II.

Ces conseillers en prévention ont le droit et l'obligation de suivre un recyclage annuel.

Si l'entreprise dispose en son sein d'un spécialiste en ergonomie, aspects psychosociaux ou hygiène du travail ou encore d'un département chargé de la surveillance médicale avec un conseiller en prévention-médecin du travail (ce qui est le cas seulement dans quelques grandes entreprises), alors ces conseillers en prévention doivent satisfaire aux conditions de formation imposées aux conseillers en prévention des services externes (voir ci-dessous).

Lorsqu'un établissement souhaite organiser une formation complémentaire, il doit introduire une demande d'agrément (conformément à l'annexe 1 de l'AR du 17 mai 2007) auprès de la Direction générale Humanisation du Travail du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Ensuite, ce dossier est communiqué à la Direction générale Contrôle du Bien-être au travail qui vérifie si, dans la pratique aussi, il est répondu aux conditions de l'arrêté royal. Les demandes d'agrément sont aussi soumises pour avis aux partenaires sociaux dans la Commission Opérationnelle Permanente Formation Complémentaire, qui est un organe du Conseil Supérieur pour la Prévention et la Protection au Travail.

Dans les services externes de prévention et de protection au travail, les conseillers en prévention doivent être spécialisés dans le domaine de la sécurité du travail, de la médecine du travail, de l'ergonomie, de l'hygiène du travail ou des aspects psychosociaux du travail. Le tableau ci-dessous résume les conditions à remplir par ces conseillers en prévention en termes de formations.

Discipline	Diplôme de base	Formation complémentaire	Expérience exigée
1. Sécurité du travail	Master ingénieur ou ingénieur industriel	Niveau I (module de base + module de spécialisation)	-
2. Médecine du travail	Médecin	Spécialisation en médecine du travail	-
3. Ergonomie	Master	Module de base + spécialisation en ergonomie	3 ans
4. Hygiène du travail	Master	Module de base + spécialisation en hygiène du travail	3 ans
5. Aspects psychosociaux	Master avec partie importante de psychologie/ sociologie	Module de base + spécialisation dans les aspects psychosociaux	5 ans

Ces modules de spécialisations se suivent auprès des universités ou écoles supérieures.

En 2014, une évaluation des formations en matière de bien-être au travail (et principalement celles destinées aux conseillers en prévention) a été réalisée. Le rapport ainsi que la synthèse expliquent comment est organisée la formation des conseillers en prévention internes (connaissances de base, niveau II ou niveau I) et la formation des spécialistes (niveau I en sécurité, en ergonomie, dans les aspects psychosociaux, en hygiène du travail). Le rapport est disponible sur notre site web: <http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=38904>

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs par les autorités publiques

En Belgique, la consultation des organisations les plus représentatives d'employeurs et des organisations les plus représentatives des travailleurs s'opère, concernant la législation et la réglementation sur le bien-être au travail, par le biais de la consultation du **Conseil National du Travail (CNT)** ou du **Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (CSPPT)**, dans lesquels ces organisations sont représentées. Ces deux organes d'avis peuvent remettre des avis sur demande ou d'initiative.

Le **CNT** donne entre autres des avis sur les projets de loi et sur certains projets de textes réglementaires concernant le bien-être des travailleurs au travail ainsi que sur la stratégie nationale en matière de bien-être des travailleurs au travail (<http://www.cnt-nar.be/Qui-sommes-nous.htm>). Le CNT est notamment sollicité pour donner son avis dans le cadre de la stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2015-2020.

Le **CSPPT** a avant tout pour mission de donner un avis sur demande du Ministre de l'Emploi concernant les projets réglementaires concernant des mesures relatives aux domaines décrits dans la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Cependant, le Conseil supérieur peut également discuter de son propre chef de problèmes à ce sujet et remettre un avis.

Parmi ses autres missions, le CSPPT remet également:

- des avis sur les rapports annuels qui sont rédigés par la Direction générale Contrôle du Bien-être au travail ou la Direction générale Humanisation du Travail.
- des avis sur les rapports qui sont rédigés par l'administration pour la Commission de l'Union européenne concernant l'exécution pratique des directives sur le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et est informé des activités de l'Union européenne en la matière.

La *commission opérationnelle permanente* instaurée au sein du CSPPT rend notamment des avis sur des demandes d'agrément de services externes pour la prévention et la protection au travail et (d'organismes) de formations pour conseillers en prévention et/ou pour coordinateurs de sécurité-santé pour chantiers temporaires ou mobiles.

Le CSPPT comprend aussi une « *Commission permanente construction* », à laquelle participe des partenaires sociaux et éventuellement aussi des experts du secteur du bien-être dans la construction. Cette commission réalise plusieurs actions, discussions, études concernant le bien-être au travail dans la construction (entre autres des journées d'études sur les accidents de travail et maladies professionnelles dans la construction, des réunions du forum amiante sur différents thèmes relatifs à l'amiante, l'élaboration en cours d'un code de bonnes pratiques pour les travaux en hauteur).

Les deux derniers rapports d'activités du CSPPT portent respectivement sur les années 2011-2012 et 2013-2014. Ils peuvent être consultés sur le site internet du Service Public Fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale : <http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=577>.

Consultation des organes compétents au niveau de santé et de sécurité au travail

En premier lieu, c'est le **comité pour la prévention et la protection au travail** qui, élu par les travailleurs lors des élections sociales, émet des avis et formule des propositions sur la politique de santé et de sécurité des travailleurs au sein de l'entreprise (sur le plan global de prévention et le plan

annuel d'action, ...). Pour le secteur privé, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail prévoit qu'il doit y avoir un tel comité dans chaque entreprise occupant normalement en moyenne 50 travailleurs au moins.

Si aucun comité n'est élu, la **délégation syndicale** dans l'entreprise reprend le rôle et les missions du comité. S'il n'y a pas non plus de délégation syndicale, l'employeur doit directement consulter ses travailleurs sur les problèmes qui concernent leur bien-être au travail.

Les articles 31bis, 31 ter et 31quater de l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux missions et au fonctionnement des comités pour la prévention et la protection au travail règlent la manière selon laquelle cette **participation directe** doit se faire. L'employeur doit prévoir un registre dans lequel les travailleurs peuvent inscrire leurs propositions, remarques ou avis. Il doit également y avoir un panneau ou un autre moyen de communication (courrier électronique par exemple) permettant de joindre tous les travailleurs. Toutes les informations du service externe doivent y figurer, ainsi que celles des fonctionnaires chargés de la surveillance.

La procédure de participation directe diffère suivant que les propositions en matière de bien-être des travailleurs émanent de l'employeur ou des travailleurs eux-mêmes.

- Si la proposition émane de l'employeur, il doit préalablement demander l'avis de son service de prévention et protection au travail compétent (selon le sujet concerné). Il informe ensuite ses travailleurs de sa proposition et de l'avis rendu. Les travailleurs disposent d'un délai de 15 jours pour communiquer leurs remarques dans le registre ad hoc, soit au service de prévention et protection au travail. Le service de prévention fait part à l'employeur des remarques et de son avis dans les 15 jours. En l'absence de remarque des travailleurs, la proposition est acceptée. Dans l'autre cas, l'employeur tiendra compte des remarques qui ont été faites et des avis donnés (à défaut, il devra motiver sa décision).
- Les travailleurs peuvent de leur propre chef faire des propositions sur les problèmes qui ont trait à leur bien-être au travail, en soit les inscrivant dans le registre approprié, soit en s'adressant directement au service de prévention. Au cas où les travailleurs utilisent le registre et que l'employeur n'envisage pas de donner une suite favorable aux propositions, il doit demander l'avis du service de prévention compétent pour le sujet de la proposition, conformément aux indications dans le document d'identification. Si les travailleurs contactent directement le service de prévention, ce dernier transmet dans les 15 jours à l'employeur la proposition et son avis sur celle-ci. L'employeur doit motiver sa décision s'il ne suit pas les avis donnés.

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

1. Evolution depuis le dernier rapport

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de l'emploi :

Le Comité trouvera ici par thème un aperçu de la législation en matière de sécurité et santé au travail publiée entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 avril 2016 (AR= arrêté royal et MB= moniteur belge)

1. Principes généraux du bien-être au travail

Champ d'application de la loi du 04-08-96 sur le bien-être au travail :

Loi du 15 mai 2014 modifiant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, en ce qui concerne les domestiques et les gens de maison (MB 18-06-14) : <http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=559&idM=102>

L'article 2 § 4 de la loi du 04-08-96 est abrogé (exclusion des domestiques et gens de maison) mais entrera en vigueur à la date fixée par un arrêté royal.

Risques psychosociaux :

-Loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail (MB 28-04-14) : *fixe un cadre général pour la prévention des risques psychosociaux (chapitre Vbis).*

-AR du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail (MB 28-04-14) : *exécution du chapitre Vbis de la loi du 04-08-96 sur le bien-être*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=564>

-Loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en ce qui concerne les procédures judiciaires (MB 28-04-14)

-Loi du 29 février 2016 complétant et modifiant le Code pénal social et portant des dispositions diverses de droit pénal social (MB 21-04-16) : *règle les infractions.*

Surveillance de santé des travailleurs :

-AR du 3 avril 2013 déterminant les conditions d'un projet-pilote d'intervention ergonomique visant à prévenir l'aggravation des maladies dorsales (MB 02-05-13), modifié par l'AR du 25 avril 2014 (MB 25-06-14) : *compétence du SPF Sécurité sociale*

-AR du 20 février 2013 rendant obligatoire la convention collective de travail du 25 janvier 2012, conclue au sein de la commission paritaire de la coiffure et des soins de beauté, relative à la prévention des risques pour la santé dans le secteur de la coiffure (MB 23-05-13)

<http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=35675>

<http://www.emploi.belgique.be/CAO/314/314-2012-000644.pdf>

-AR du 11 septembre 2013 déterminant les conditions et les modalités d'un projet visant à assurer la surveillance de santé prolongée des ex-travailleurs du bois susceptibles de développer le cancer naso-sinusal (MB 19-09-13), modifié par l'AR du 25 avril 2014 (MB 25-06-14) : *compétence du SPF Sécurité sociale : le Fonds des maladies professionnelles est chargé de la mise en place du projet.*

-AR du 24 avril 2014 modifiant diverses dispositions dans le cadre du bien-être au travail (MB 23-05-14) : *modification de plusieurs dispositions concernant la surveillance de santé, la surveillance de santé des travailleurs sur écran, des travailleurs en contact avec des denrées alimentaires,...*

<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=562&idM=102>
<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=626&idM=102>
<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=619&idM=102>

Premiers secours :

AR 9 mars 2014 modifiant certaines dispositions relatives aux services internes et aux premiers secours concernant les accidents bénins et le recyclage des secouristes (MB 10-04-14) : *modification de dispositions relatives au registre des interventions et au recyclage des secouristes, ainsi qu'à l'enregistrement des accidents bénins.*

<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=563&idM=102>
<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=567&idM=102>

2. Structures organisationnelles

Services de prévention et de protection au travail :

AR du 5 novembre 2012 modifiant l'AR du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et la protection au travail (MB 22-11-12) : *modifie la procédure d'agrément des services externes (art. 36 à 40)*

<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=568&idM=102>

Tarification des services externes :

-Loi du 27 novembre 2015 retirant l'article 96 de la loi du 26 décembre 2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que de mesures d'accompagnement et modifiant l'article 40 de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être au travail (MB 09-12-15) : *la méthode de financement est à fixer par arrêté royal*

-AR du 27 novembre 2015 modifiant l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et la protection au travail en ce qui concerne la tarification (MB 14-12-15) : *exécution de l'article 40 §3 de la loi du 04-08-96 en instaurant une nouvelle méthode de calcul des cotisations forfaitaires minimales dues par les employeurs aux services externes*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=2868>

Conseillers en prévention :

AR du 29 janvier 2013 modifiant diverses dispositions relatives à la formation et au recyclage des conseillers en prévention des services internes et externes pour la prévention et la protection au travail (MB 12-02-13) : *modification de 3 arrêtés royaux.*

<http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=571&idM=102>

Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail :

-Arrêté ministériel du 29 mai 2013 relatif au règlement d'ordre intérieur du conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (MB 31-10-13)

-Arrêté ministériel du 16 juin 2014 approuvant le règlement d'ordre intérieur de la commission opérationnelle permanente du conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (MB 13-08-14)

3. Lieux de travail

Exigences fondamentales :

-AR du 10 octobre 2012 fixant les exigences de base générales auxquelles les lieux de travail doivent répondre (MB 5-11-12) : *règles générales sur l'aménagement, l'éclairage, l'aération, la température, les équipements sociaux, les sièges de travail et de repos*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=579>

-AR 25 mars 2016 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 2012 fixant les exigences de base générales auxquelles les lieux de travail doivent répondre (MB 14-04-16) : *modification dispositions sur l'éclairage et l'aération.*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=579#AutoAncher2>

Electricité :

AR 4 décembre 2012 concernant les prescriptions minimales de sécurité des installations électriques sur les lieux de travail (MB 21-12-12) : *risques liés à une installation électrique*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=593#AutoAncher1>

Incendie :

AR du 28 mars 2014 relatif à la prévention de l'incendie sur les lieux de travail (MB 23-04-14) : *mesures de prévention imposées à l'employeur et actualisation des anciennes dispositions*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=591>

Chantiers temporaires et mobiles :

-Loi du 8 décembre 2013 modifiant l'article 30bis de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs et adaptant les dispositions de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail qui concernent la déclaration préalable et l'enregistrement des présences concernant les chantiers temporaires ou mobiles (MB 20 décembre 2013) et 2 AR du 11 février 2014 (d'exécution des articles 31ter, 31quater, 31quinquies, 31sexies et 31septies de la loi du 04-08-96) (MB 21 février 2014) : *mise en place d'un système d'enregistrement des présences*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=600#obligations>

-AR du 15 février 2016 en exécution de l'article 31bis §2 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, en ce qui concerne la modification du seuil pour l'enregistrement des présences (MB 19-02-16) : *changement du montant total des travaux constituant le seuil.*

4. Agents physiques

AR du 4 juin 2012 relatif aux ambiances thermiques (MB 21 juin 2012) : *mesures à prendre en cas d'exposition à la chaleur ou au froid*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=608>

5. Agents chimiques et biologiques

Agents chimiques :

-AR du 9 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 11 mars 2002 relatif à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (MB 14-04-14) : *adaptation de la liste des valeurs limites*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=616>

-AR du 27 mai 2014 relatif à la mise sur le marché des substances manufacturées à l'état nanoparticulaire (MB 24-09-14) : *compétence du SPF Santé publique, concerne l'enregistrement et la notification de ces substances, suite à une Recommandation européenne (2011/696)*

-AR du 20 juillet 2015 modifiant diverses dispositions afin de les adapter au règlement (CE) n° 1272/2008 relatif à la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et des mélanges (MB 4 août 2015) : *transposition directive européenne 2014/27/UE modifiant plusieurs directives en application du règlement (CE) n°1272/2008 (CLP).*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=616#CLP>

-Loi du 1 avril 2016 portant assentiment à l'accord de coopération du 16 février 2016 entre l'Etat fédéral, la Région flamande, la Région wallonne et la région de Bruxelles-Capitale concernant la

maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses (MB 20-04-16) : *suite à la transposition de la directive Seveso II (96/82/CE)*

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

Agents biologiques :

AR du 17 avril 2013 modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire (MB 03-05-13) : *mesures de prévention des risques d'accident par piquûre dans ce secteur.*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=619>

6. Equipements de protection collective

AR du 30 août 2013 fixant des dispositions générales relatives au choix, à l'achat et à l'utilisation d'équipements de protection collective (MB 07-10-13) : *s'applique aux équipements non intégrés à un équipement de travail*

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=41074>

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Niveau fédéral

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Mesures législatives ou réglementaires en vigueur pour déterminer les niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels spécifiques

La réglementation qui correspond à cette demande est contenue dans l'arrêté royal du 10 octobre 2012 (MB 05-11-12) fixant les exigences de base générales auxquelles les lieux de travail doivent répondre.

Cet arrêté royal s'applique à chaque lieu destiné à comprendre des postes de travail dans l'entreprise, y compris tout autre lieu sur le terrain de l'entreprise auquel le travailleur a accès dans le cadre de son travail.

Les dispositions portent sur l'aménagement des lieux de travail, l'éclairage, l'aération, la température, les équipements sociaux dont les installations sanitaires, et les sièges de travail et de repos.

Protection contre les substances et agents dangereux

Protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail

La valeur limite d'exposition de 1 fibre/cm³ figurant dans l'arrêté royal du 16 mars 2006 '*relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante*' est reprise de la Directive n° 2009/148/CE du 30/11/09 '*concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail*'.

Dans l'arrêté royal susmentionné, des mesures sont imposées pour maintenir le degré d'exposition le plus bas possible et en tout cas, pour qu'il ne dépasse pas la valeur limite d'exposition :

- Interdiction de l'utilisation d'outils mécaniques à grande vitesse, de nettoyeurs à jet d'eau sous haute pression, de compresseurs d'air, de disques abrasifs et de meuleuses pour usiner, découper ou nettoyer des objets ou supports en matériaux contenant de l'amiante ou revêtus de tels matériaux ou pour le retrait d'amiante .
- Imposition de mesurages pour vérifier si la valeur limite d'exposition est bien respectée.
- Formation des travailleurs
- Des mesures techniques générales de prévention (art 39 de l'AR du 16 mars 2006) (mesures de prévention collectives et individuelles).
- Des mesures techniques de prévention spécifiques lors des travaux de réparation ou d'entretien pour lesquelles on s'attend à ce que la valeur limite puisse être dépassée malgré le recours aux mesures techniques préventives (Section IX de l'AR du 16 mars 2006) (mesures de prévention collectives et individuelles)
- Des mesures techniques de prévention spécifiques pour les travaux de démolition et de retrait d'amiante ou de matériaux contenant de l'amiante (Section IX de l'AR du 16 mars 2006) (par exemple : travailler avec un sac à manchons ou dans une zone fermée hermétiquement suivant des procédures imposées)

Champ d'application personnel – travailleurs temporaires

Modalités d'organisation de la représentation des travailleurs intérimaires

Le cadre légal concernant la mise au travail des intérimaires est réglé par la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à disposition d'utilisateurs. L'intérimaire qui effectue du travail en conformité avec les prescriptions de la loi du 24 juillet 1987 est engagé par un utilisateur. Durant la période au cours de laquelle l'intérimaire travaille pour l'utilisateur, les règles de travail d'application sur place pour la réglementation sur le bien-être au travail sont valables (art. 19 loi du 24 juillet 1987). Les sanctions de la loi bien-être s'appliquent également au travail intérimaire.

Le comité pour la prévention et la protection au travail de l'utilisateur a pour mission de détecter et de proposer tous les moyens et de contribuer activement à tout ce qui est entrepris pour favoriser le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Les intérimaires sont donc aussi représentés par les délégations de travailleurs du comité.

Lorsqu'il n'y a pas de comité au sein de l'entreprise, c'est la délégation syndicale qui est chargée d'exercer les missions du comité. Dans les entreprises où il n'existe ni comité, ni délégation syndicale, les travailleurs prennent eux-mêmes directement part au traitement des questions concernant le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (articles 52 et 53 de la loi du 4 août 1996 concernant le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail).

Il est plus particulièrement spécifié à l'article 4 §3 de l'arrêté royal du 15 décembre 2010, fixant les mesures concernant le bien-être au travail des intérimaires, que l'utilisateur doit demander l'avis du comité sur les fiches de poste de travail. La fiche de poste de travail décrit le poste de travail de l'intérimaire et les mesures de prévention prises. Les délégations des travailleurs doivent, sur base de la fiche de travail, donner un avis sur les circonstances de travail relatives au bien-être de l'intérimaire.

A l'occasion de chaque visite d'inspection proactive et en grande partie lors des visites réactives, l'inspecteur vérifie si des intérimaires sont occupés sur le lieu de travail. L'inspecteur contrôle, dans

ce cas, si les prescriptions de l'AR du 15 décembre 2010 sont suffisamment bien appliquées. Dans ce cas particulier, les aspects suivants sont contrôlés :

- Existe-t-il une fiche poste de travail et celle-ci contient-elle les informations nécessaires ?
- La fiche poste de travail a-t-elle été rédigée en collaboration avec le conseiller en prévention du service interne et du conseiller en prévention-médecin du travail ?
- Si la surveillance de santé l'exige, l'inspecteur va vérifier si elle a eu lieu dans les temps.
- L'intérimaire bénéficie-t-il des mêmes mesures de protection que les autres travailleurs ? Ceci, par exemple, par la mise à disposition de moyens de protection individuels.
- L'intérimaire a-t-il reçu un bon accueil, dans le sens d'une formation adaptée, d'instructions de sécurité spécifiques, d'information sur les spécificités de l'entreprise comme l'organisation de cours de premier secours, etc....

Si l'inspecteur constate des manquements, il réagira, en fonction de la gravité des faits, en donnant un avis ou des avertissements oraux, en envoyant un avertissement par écrit, ou en imposant des mesures par la rédaction d'un pro-justitia.

En 2011, 700 infractions à cet arrêté royal ont été constatées.

Données statistiques sur les accidents du travail des travailleurs intérimaires

En 2015, plus de 195 millions d'heures de travail intérimaire ont été prestées, tous secteurs confondus. Ceci signifie une augmentation de 7% par rapport à 2014. Cette augmentation significative des heures prestées dans l'intérim se constate pour la deuxième année consécutive (en 2014, l'augmentation était de 10,4%). Les entreprises intérimaires agréées pour des activités de construction prennent 2,58% de la totalité du travail intérimaire pour leur compte tandis que la portion des étudiants jobistes dans l'intérim constitue 14 % du secteur. En 2015, plus de 220 000 étudiants jobistes ont prestés plus de 27,7 millions d'heures, ce qui signifie une augmentation de 20% par rapport à 2014.

Accidents du travail des intérimaires

Le taux de fréquence¹ (Tf) continue à diminuer chaque année et pour la première fois en 2015 se retrouve en-dessous de 40 (Tf 39,33). C'est la cinquième année d'affilée que le Tf montre une tendance à la baisse, ce qui signifie que l'augmentation de l'emploi des intérimaires augmente plus vite que le nombre des accidents du travail. Comparé à 2000, le taux de fréquence a chuté de plus de 60%. Une tendance semblable se retrouve chez les étudiants jobistes dont le nombre a plus que doublé depuis le début des récoltes d'information, avec une baisse du taux de fréquence de 77%. La gravité des accidents du travail (Tgr)² par contre semble se stabiliser en fluctuant autour des 0,89. Par rapport à 2000, la gravité des accidents du travail a diminué de plus de 47%, le nombre des journées perdues se montant à cette époque encore à 1,81 par 1.000 heures prestées.

L'évolution du taux d'accidents de travail dans le secteur intérimaire peut être consulté sur le site web de « Prévention et Interim » : <http://www.p-i.be/fr/statistiques/interimaires> et http://www.p-i.be/fileadmin/user_upload/DOCS_NL/Press/PERS/Communique_de_presse_AT-2016_Prevention_et_Interim.pdf

Voir les chiffres sur le site web du Fonds des Accidents du Travail (FAT), travail des intérimaire (NACE 78200):

http://www.fat.fgov.be/sites/default/files/assets/FR/Statistiques/Taux_frequence_gravite/taux-graden_2014_fr_web.pdf

Accidents avec 4 jours ou plus d'incapacité de travail :

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics

Voir également l'annexe « Evolution risques secteur du travail des intérimaires »

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Les mêmes organes que ceux mentionnés à la réponse à la question de la page 7 du rapport du CEDS, sont consultés par rapport à l'application de la législation aux travailleurs en situation précaire.

En ce qui concerne le travail intérimaire, il y a lieu de mentionner également la commission paritaire du secteur des travailleurs intérimaires.

2.2. Entités fédérées

2.2.1. Autorité flamande

Domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) - Agence Soins et Santé

Risques couverts par les règlements

La Communauté flamande est responsable de l'agrément des départements de contrôle médical des services de prévention. Les conditions d'agrément sont fixées dans la réglementation fédérale (loi du 4 août 1996).

L'arrêté du Gouvernement flamand du 5 juin 2009, relatif à l'agrément de sections de Contrôle médical ou de départements de Contrôle médical, régit le mode d'octroi des agréments et leur suivi. Les partenaires sociaux sont étroitement associés à l'agrément et au suivi des services de prévention, au sein d'un groupe de travail flamand consacré à la santé en entreprise. Les agréments sont valables pour une période de 5 ans, après quoi ils sont à nouveau évalués.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Au sein des services internes et externes pour la prévention et la protection, les sections et départements de contrôle médical sont chargés de la surveillance de la santé des travailleurs, une meilleure adéquation du travailleur à l'égard de sa tâche, d'une part, et une adaptation du travail au travailleur, d'autre part, ainsi que du contrôle de l'organisation des premiers secours.

Concrètement, les sections et départements de contrôle médical veillent à ce que chaque travailleur bénéficie d'une série d'exams à titre préventif. De plus, ils formulent un avis sur l'aménagement du lieu de travail et les équipements de protection individuelle. La nécessité et la fréquence des exams dépendent du risque lié au travail.

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

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de la justice :

Il est opportun de mentionner la loi du 29 février 2016 complétant et modifiant le Code pénal social et portant des dispositions diverses de droit pénal social pour répondre à cette question.

- Dans son Livre II, le Code pénal social rassemble les incriminations relatives à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail. Ces articles se basent notamment sur les dispositions du chapitre Vbis de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail qui reprenait la réglementation relative à la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.

Ce chapitre a été profondément modifié par la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail et la loi du 28 mars 2014 modifiant le Code judiciaire et la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en ce qui concerne les procédures judiciaires. L'arrêt royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail complète ces nouvelles dispositions.

Ce chapitre fixe désormais un cadre général pour la prévention des risques psychosociaux au travail alors qu'auparavant il ne concernait que la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. Le législateur a donc étendu les principes de la législation relative à la violence et au harcèlement moral ou sexuel au travail à l'ensemble des risques psychosociaux au travail (le stress, le burn-out, ...). La violence et le harcèlement au travail en font partie mais conservent certaines particularités. Les rôles des différents acteurs en matière de prévention sont précisés. Des mécanismes de prévention collectifs sont élaborés. Les procédures individuelles (qui visaient uniquement les comportements de harcèlement moral et/ou sexuel et de violence) sont désormais ouvertes à l'ensemble des risques psychosociaux au travail. Enfin, le statut de la personne de confiance est modifié.

La loi du 29 février 2016 adapte les dispositions pénales du Code pénal social à ces nouvelles obligations. Les sanctions sont également modifiées.

- La loi du 29 février 2016 insère également dans le Code pénal social les dispositions pénales prescrites par la loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac.

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Niveau fédéral

Au niveau de la justice :

Activités de l'inspection du travail

- L'arrêté royal du 26 décembre 2013 modifiant l'arrêté royal du 10 juillet 2013 portant exécution du chapitre 5 " Réglementation de certains aspects de l'échange électronique d'information entre les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale " du titre 5 du livre 1er du Code pénal social est à indiquer.

L'arrêté royal du 10 juillet 2013 constitue une mesure d'exécution des articles 100/2, alinéa 1er, 100/3, § 3, 100/4 et 100/10, §§ 1er et 2, du Code pénal social. L'article 1er de l'arrêté royal désigne les services d'inspection sociale habilités à établir leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique. L'article 2 détermine dans quelles conditions, selon quelles modalités et pour quelle période l'e-PV sera rédigé sur support papier et signé au moyen d'une signature manuscrite. L'article 3 détermine, sur avis conforme du Collège des procureurs généraux, les modalités relatives à la communication du procès-verbal constatant une infraction au ministère public ainsi que les modalités de communication d'un exemplaire du procès-verbal à l'administration compétente et d'une copie de celui-ci à l'auteur présumé et à son employeur. L'article 4 désigne les catégories de fonctionnaires des services d'inspection sociale fédéraux habilités à accéder à la banque de données e-PV.

L'arrêté royal du 26 décembre 2013 modifie les articles 1er de l'arrêté royal du 10 juillet 2013 de telle manière à ce que les inspecteurs sociaux de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale soient également habilités à établir leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique.

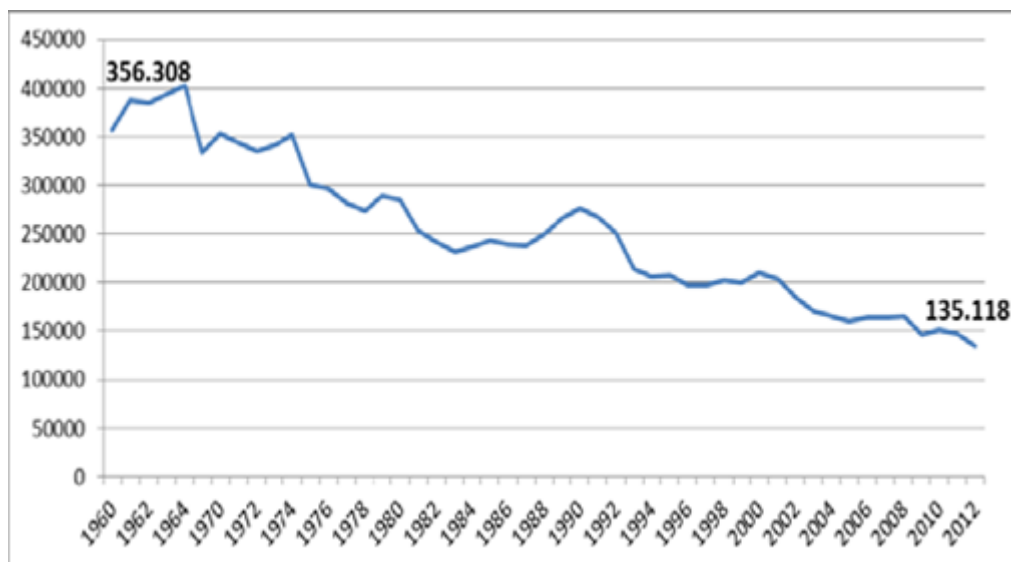
- Le Collège des PG ne peut pas fournir des chiffres sur le volume global des amendes pénales infligées, vu que les auditorats du travail ne bénéficient pas d'un système informatique uniforme d'encodage des dossiers.

Au niveau de l'emploi :

Contenir le taux des accidents du travail et enrayer le nombre des maladies professionnelles

En 2012, le Fonds des Accidents de Travail (FAT) a constaté une baisse de 7,7 % des accidents du travail du secteur privé. Cette diminution s'explique par la baisse (-8,6 %) du nombre d'accidents sur le lieu du travail (135 118), alors que la baisse est de moindre ampleur (-1,5 %) pour les accidents sur le chemin du travail (22 013).

Cette évolution favorable sur le lieu du travail s'inscrit dans un mouvement amorcé depuis longtemps. Au début des années soixante, on comptait en effet encore plus de 350 000 accidents dans les entreprises et près de 400 travailleurs perdaient la vie chaque année au travail. En 2012, 135 118 accidents ont été enregistrés sur le lieu du travail, dont il faut encore déplorer 67 décès des suites de l'accident.



Évolution du nombre d'accidents sur le lieu du travail entre 1960 et 2012

Le tableau ci-dessus montre que l'évolution générale du risque d'accident du travail est manifestement positive.

En ce qui concerne les accidents du travail, il est important de noter que depuis la parution de la directive cadre 89/391/CEE, le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale s'est inscrit dans une démarche de transposition systématique des directives particulières prises en application de la directive cadre.

Les différents textes réglementaires rédigés au niveau fédéral belge, suite au processus de transposition des directives européennes, ont systématiquement été élaborés sur base des concepts suivants : l'analyse des risques, la hiérarchie des mesures de prévention prises sur base des résultats de l'analyse des risques, l'information et la formation des travailleurs, l'implication de la ligne hiérarchique et des différents acteurs concernés par la sécurité sur les lieux de travail.

En plus de ce processus de transposition, l'autorité a veillé, le plus régulièrement possible, à fournir une aide en matière d'interprétation de textes réglementaires, de réalisation d'analyse des risques et à mettre en place des démarches de sensibilisations à l'attention de différents publics cibles.

Sur base de l'analyse des secteurs dans lesquels on retrouve un nombre significatif d'accidents graves, on détermine quels sont les secteurs qui doivent être prioritairement inspectés. Ce peut être organisé via des visites d'inspection proactives ou bien via des campagnes nationales ou régionales. Chaque année, des objectifs sont imposés aux inspecteurs via un plan opérationnel mûrement réfléchi. Dans les rapports annuels (<http://www.emploi.belgique.be>), vous pouvez retrouver toutes les activités entreprises par la Direction générale Contrôle du Bien-être au travail pour arriver à une diminution du nombre d'accidents du travail. Vous pouvez y trouver, par exemple, un aperçu de toutes les campagnes entreprises. Vous pouvez aussi retrouver combien de visites annuelles ont été effectuées et dans quels secteurs ainsi qu'une information sur les infractions constatées et les suites qui y ont été données.

Au vu de la diminution du nombre d'accidents du travail, il semble que les efforts de l'administration ont porté leurs fruits, même s'il est difficile d'établir un lien direct.

Pour les maladies professionnelles, il est difficile, à cette date, de présenter des statistiques qui pourraient confirmer que les initiatives prises en matière de prévention contre les maladies

professionnelles ont conduit à une réduction du nombre de demandes d'indemnisation relatives à des maladies professionnelles.

En cette matière on est confronté aux constats suivants :

- l'émergence d'une maladie dans une population de travailleurs qui est exposée à un risque professionnelle spécifique est un phénomène qui se développe sur plusieurs années. De même, les effets liés à l'implémentation d'une nouvelle réglementation relative à la prévention dudit risque spécifique ne pourront être constatés qu'après une longue période d'application ;
- les statistiques disponibles en matière de maladies professionnelles en Belgique sont basées sur le nombre de demandes d'indemnisation introduites. Or, la publication d'une réglementation relative à la protection contre une maladie professionnelle conduit souvent les travailleurs à introduire des demandes d'indemnisation relatives à cette maladie. Au niveau statistique, on obtient des tendances contradictoires par rapport aux effets attendus par la publication d'une réglementation ; à savoir une apparente augmentation du nombre de cas de maladies professionnelles enregistrées.

Les effets des actions prises en matière de lutte contre certaines maladies professionnelles telles que les troubles musculosquelettiques ne pourront donc être mesurés qu'à plus longue échéance.

L'inspection du travail (Contrôle du Bien-être au Travail) a mené des campagnes d'inspections proactives dans des secteurs différents pour diminuer le nombre de maladies professionnelles. En 2012 par exemple, une campagne d'inspection concernant la protection des travailleurs dans le secteur de la construction contre l'exposition aux poussières de quartz a eu lieu. Cette campagne s'est déroulée en collaboration avec le CNAC (Comité National d'Action pour la sécurité et l'hygiène dans la Construction). La campagne a attiré l'attention sur la problématique de l'exposition aux poussières de quartz. Les employeurs et travailleurs concernés ont pris plus conscience de la nécessité de prendre des mesures de prévention pour limiter l'exposition aux poussières de quartz.

Pour plus d'information concernant les campagnes et les activités d'inspection, nous vous renvoyons à nouveau à notre rapport annuel.

Afin de diminuer le taux des accidents de travail et de prévenir les maladies professionnelles, plusieurs textes réglementaires ont été publiés pendant la période de référence. La publication de ces textes est toujours accompagnée par une explication thématique sur le site web www.emploi.belgique.be qui doit permettre aux employeurs et travailleurs d'appliquer la législation en vigueur. Plusieurs guides et bonnes pratiques sont également publiés sur le même site ainsi que sur le site www.beswic.be.

Pendant la période de référence, on a prêté une attention particulière aux risques émergents qui sont les troubles musculosquelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS). Les TMS et les RPS expliquent une grande majorité de l'absentéisme dans les entreprises : tandis que les TMS représentent une grande majorité des maladies professionnelles reconnues, les conséquences des RPS (comme le burn out) ne sont pas encore reconnues comme maladie professionnelle. Le SPF emploi, Travail et Concertation sociale, dans ses missions, sensibilise, informe et propose des outils pour aider les entreprises à prévenir tous les risques professionnels. Ceux-ci sont repris sur les sites web précités. Face à l'émergence des TMS et des RPS, de nombreuses journées de sensibilisation et de formation ont été organisées ces dernières années. De très nombreux outils (vidéo, guides, brochures, méthodes...) ont été développés notamment grâce aux recherches du SPF. Tous ces outils sont rassemblés sur les sites web avec des adresses spécifiques pour les TMS (www.preventiondestms.be) et les RPS (www.respectautravail.be).

Activités de l'inspection du travail

Le nouveau code pénal social est d'application depuis 2011 et a un impact important sur le fonctionnement de la Direction générale Contrôle du Bien-être au travail (CBE). L'adaptation de notre fonctionnement est nécessaire (procédures, formations, outils informatiques). L'importance de l'établissement de contacts pratiques avec les différents auditeurs du travail est à nouveau soulignée.

Le législateur envisage de modifier les critères des accidents de travail graves. CBE reste attentif à cette évolution, en vue de simplifier la réglementation pour augmenter son application et l'efficacité des contrôles de CBE.

Il est décidé le maintien de l'application de la norme ISO 9001 et de l'objectif de sa certification.

Le suivi des notifications a été défini afin d'optimiser nos réactions en fonction des ressources.

CBE poursuit sa stratégie d'élaboration de PJ standards dans le cadre d'une campagne d'inspection afin d'en améliorer la prise en compte par les auditeurs du travail. Dans le même but, CBE s'inscrit aussi dans le projet de e-PV, en cours. A cet égard, une liste d'infractions courantes a été élaborée.

CBE poursuit sa stratégie en matière d'inspections proactives par l'organisation de campagnes d'inspections assorties de plans qualité spécifiques.

CBE veut renforcer sa stratégie de réseaux (surveillance centralisée de certains secteurs). Les surveillances centralisées pourraient être étendues à des entreprises uniques mais actives sur l'ensemble du territoire telles que les SPF et les entreprises de distribution. A cet égard, des idées diverses sont évoquées notamment pour renforcer nos moyens de forcer l'application de la réglementation, sur le rôle que les partenaires sociaux jouent dans les différents niveaux où ils sont représentés, sur le besoin de différencier notre approche pratique selon qu'il s'agisse des « réseaux » actuels ou d'entreprises uniques actives sur l'ensemble du territoire.

CBE collabore à l'élaboration du e-PV (avec d'autres SPF et services d'inspection).

CBE collabore au maximum avec le Fonds des Accidents du Travail et le Fonds des Maladies Professionnelles pour le traitement des dossiers.

CBE collabore également avec Belac dans le cadre des agréments des SECT, des SEPP, des enleveurs d'amiante, de certains laboratoires agréés qui sont aussi accrédités.

1. Les informations relatives au taux de la proportion des travailleurs couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées dans cette période.

A ce sujet, nous ne pouvons pas donner de chiffres exacts. Les visites d'inspection sont effectivement bien enregistrées, mais ce n'est pas parce qu'une entreprise est visitée que tous les travailleurs peuvent automatiquement être considérés comme en ayant été "vus". Plusieurs problèmes se posent pour donner un chiffre concret. Entre autres, comment fait-on le compte pour les entreprises possédant plusieurs sièges d'exploitation, comment compte-t-on le nombre de travailleurs sur les chantiers de construction,...

Lors de la sélection et de la préparation des campagnes d'inspection, on analyse en détails quels sont les secteurs dans lesquels les travailleurs occupés sont les plus vulnérables afin de les soumettre en priorité à des visites de contrôle.

Lors d'une visite d'inspection, on discute toujours avec les délégations des travailleurs ou lors d'une extension, avec quelques travailleurs sur le lieu de travail. Evidemment, on ne peut consulter chaque

travailleur et lors d'une visite d'inspection, on ne peut contrôler les situations de travail de tous les travailleurs. De ce fait, nous ne pouvons pas avancer de chiffres concernant le nombre de travailleurs atteints par le CBE.

2. Les informations sur le progrès réalisés pour réduire la durée des procédures judiciaires engagées.

Des efforts ont été fournis afin de réduire la durée des procédures de traitement des procès-verbaux dressés pour infraction en droit social.

Légalement, l'article 76 du Code pénal social prévoit que si le ministère public ne notifie pas à l'administration compétente pour infliger des amendes administratives sa décision quant à l'intentement ou pas de poursuites pénales, d'une transaction ou d'une médiation dans les six mois à compter du jour de la réception du procès-verbal de constatation d'infraction, l'administration peut décider s'il y a lieu d'entamer la procédure d'amende administrative.

En pratique, des efforts sont également fournis afin de réduire la durée de traitement des procès-verbaux constatant les infractions au droit social. Vous trouverez ci-dessous des informations concernant le laps de temps entre la renonciation par le ministère public et la décision de la Direction des amendes administratives infligeant une amende administrative.

Des statistiques sur le laps de temps entre l'établissement du procès-verbal et la décision du ministère public ne sont cependant pas encore disponibles.

De même, les statistiques ne permettent pas actuellement de fournir le délai moyen entre la renonciation par le ministère public et le classement sans suite éventuel de la direction des amendes administratives.

-Délai moyen exprimé en jour entre la renonciation par le ministère public et la décision de l'administration infligeant une amende administrative

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
562	574	546	535	602	634	605	595	464

Il convient de souligner que la procédure administrative s'étalait dans le temps avant le Code pénal social et s'étale toujours dans le temps : délai d'au moins 30 jours laissé à la personne concernée pour présenter des moyens de défense, délai pour consulter le dossier, possibilité de demander une prolongation du délai pour présenter des moyens de défense,...

La Direction des amendes administratives a connu des problèmes de manque de personnel (2012-2013) mais du personnel supplémentaire a été recruté depuis.

Le volume global des amendes administratives infligées :

Suivi des procès-verbaux (infractions) / année réception - Infraction "Bien Etre"															
Proces-verbaal gevolg (inbreuken) / jaar ontvangst - Inbreuk "Welzijn op het Werk"															
		Nombre total d'infractions dressées par les inspections		Nombre d'infractions sanctionnées d'une amende pénale		Nombre d'infractions en attente d'un avis définitif de l'Auditeur du travail		Nombre d'infractions sanctionnées d'une amende administrative		Nombre d'infractions sanctionnées d'un classement sans suite		Nombre d'infractions restant à traiter par les juristes du Service EDC		Nombre total d'infractions traitées par le Service EDC	
		Totaal aantal inbreuken opgemaakt door de inspecties		Aantal inbreuken gesanctioneerd door een penale geldboete		Aantal inbreuken in afwachting van definitieve bericht van Arbeidsauditeur		Aantal inbreuken gesanctioneerd door een administratieve geldboete		Aantal inbreuken gesanctioneerd door een klassement zonder gevolg		Aantal inbreuken nog te behandelen door de juristes van de Dienst SDG		Totaal aantal behandelde inbreuken door de Dienst SDG	
2012	Fr	252	30,36%	62	24,60%	45	17,86%	23	9,13%	51	20,24%	71	28,17%	145	57,54%
	NI	574	69,16%	237	41,29%	96	16,72%	157	27,35%	79	13,76%	5	0,87%	241	41,99%
	All	4	0,48%	0	0,00%	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Tot	830		299	36,02%	145	17,47%	180	21,69%	130	15,66%	76	9,16%	386	46,51%
2013	Fr	199	25,98%	52	26,13%	85	42,71%	21	10,55%	13	6,53%	28	14,07%	62	31,16%
	NI	567	74,02%	197	34,74%	101	17,81%	204	35,98%	31	5,47%	34	6,00%	269	47,44%
	All	0	0,00%	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!
	Tot	766		249	32,51%	186	24,28%	225	29,37%	44	5,74%	62	8,09%	331	43,21%
2014	Fr	209	20,00%	56	26,79%	88	42,11%	34	16,27%	4	1,91%	27	12,92%	65	31,10%
	NI	836	80,00%	284	33,97%	264	31,58%	205	24,52%	50	5,98%	33	3,95%	288	34,45%
	All	0	0,00%	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!
	Tot	1.045		340	32,54%	352	33,68%	239	22,87%	54	5,17%	60	5,74%	353	33,78%
2015	Fr	242	21,40%	49	20,25%	128	52,89%	21	8,68%	8	3,31%	36	14,88%	65	26,86%
	NI	888	78,51%	210	23,65%	435	48,99%	63	7,09%	43	4,84%	137	15,43%	243	27,36%
	All	1	0,09%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	1	100,00%
	Tot	1.131		259	22,90%	563	49,78%	84	7,43%	51	4,51%	174	15,38%	308	27,23%
2016	Fr	98	20,00%	9	9,18%	73	74,49%	0	0,00%	2	2,04%	14	14,29%	16	16,33%
	NI	392	80,00%	7	1,79%	332	84,69%	0	0,00%	4	1,02%	49	12,50%	53	13,52%
	All	0	0,00%	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!	0	#DEEL/0!
	Tot	490		16	3,27%	405	82,65%	0	0,00%	6	1,22%	63	12,86%	69	14,08%
Total	Fr	1.000	23,46%	228	22,80%	419	41,90%	99	9,90%	78	7,80%	176	17,60%	353	35,30%
	NI	3.257	76,42%	935	28,71%	1.228	37,70%	629	19,31%	207	6,36%	258	7,92%	1.094	33,59%
	All	5	0,12%	0	0,00%	4	80,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	20,00%	1	20,00%
	Tot	4.262		1.163	27,29%	1.651	38,74%	728	17,08%	285	6,69%	435	10,21%	1.447	33,95%

Paragraphe 4 – Service de santé au travail

1. Réponse aux questions du Comité

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de l'emploi :

Demande de données

Fin 2011, il y avait 227.525 employeurs, répartis sur 274.399 établissements. 205.873 entreprises possédaient moins de 20 travailleurs.

Il ressort des rapports annuels des services externes de prévention et de protection au travail pour 2011 que 207.737 entreprises sont affiliées auprès de ces services:

Catégorie	Employeurs	Travailleurs
A	844	935.321
B	3.326	732.520
C+	2.815	197.088
C-	17.249	754.571
D	183.503	760.603
Total	207.737	3.380.103

(C+ = entreprise disposant d'un conseiller en prévention possédant une formation complémentaire)

De ces chiffres, on peut déduire que 6.985 employeurs disposent au moins d'un conseiller en prévention possédant une formation complémentaire de niveau II (1.864.929 travailleurs). Indépendamment de la taille de l'entreprise, des risques et du nombre de sièges / d'unités techniques, le SIPP peut comporter plusieurs conseillers en prévention (une dizaine). En outre, il existe des SIPP communs qui regroupent et servent plusieurs employeurs.

A côté des employeurs qui disposent d'un conseiller en prévention possédant une formation complémentaire de niveau I et II, existe un grand nombre d'employeurs qui disposent d'un conseiller en prévention désigné possédant une formation de base ("niveau III" – article 21 AR SIPP).

Le nombre précis de conseillers en prévention possédant une formation complémentaire de niveau I ou II dans les SIPP n'est pas connu. On l'estime à 20.000. Le nombre de conseillers en prévention possédant une formation de base est probablement un multiple de cela. Les établissements de formation complémentaire et les établissements / SEPP qui donnent une formation de base, fournissent continuellement des personnes formées.

Dans les SEPP, on dispose des conseillers en prévention suivants:

Type conseiller en prévention	Nombre
Sécurité du travail	167
Ergonomie	45
Hygiène du travail	33
Psychosocial	154
Médecine du travail	976
Autre niveau I	38
niveau II	282

Travailleurs exclus de la surveillance de la santé et notamment la situation des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison.

A. En ce qui concerne les travailleurs indépendants :

Les travailleurs indépendants sont envisagés dans le cadre du bien-être au travail pour autant qu'ils se trouvent sur un même lieu de travail que d'autres travailleurs, et en particulier dans le cadre de la coordination sur un chantier temporaire ou mobile.

Les indépendants qui sont actifs sur un même lieu de travail où travaillent des travailleurs sont tenus de coopérer à la mise en œuvre des mesures en matière de bien-être au travail, d'échanger des informations (sur les risques et les mesures prises en matière de santé et de sécurité), de coordonner leurs interventions. La raison d'être est que la présence de personnes extérieures - qu'elles soient travailleurs salariés ou indépendants - peut impliquer un risque accru pour les travailleurs de l'employeur présent sur ce même lieu de travail.

Parallèlement à cette obligation générale, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail réglemente les relations de travail avec les tiers (cela englobe notamment les sous-traitants indépendants), et celles dans le contexte des chantiers temporaires ou mobiles.

Dans le cas du travail avec des tiers indépendants, la loi règle l'échange d'informations, la collaboration et la coordination entre les différentes parties concernées et établit un système permettant à l'employeur-maître d'ouvrage de veiller à ce que la législation soit réellement appliquée par les sous-traitants indépendants.

Les dispositions relatives au travail avec des tiers ne s'appliquent pas lorsque s'applique la coordination suivant les règles pour les chantiers temporaires ou mobiles. Ces règles prévoient que les indépendants qui effectuent eux-mêmes une activité sur les chantiers doivent respecter les dispositions en matière de bien-être au travail à l'instar des employeurs vis-à-vis de leur personnel. Dès lors, les indépendants ne devront pas uniquement veiller à la santé et la sécurité des autres personnes sur le chantier, mais également aux leurs.

Les indépendants qui exercent eux-mêmes une activité professionnelle sur le chantier doivent utiliser les équipements de travail et les équipements de protection individuelle

auxquels ils ont recours sur le chantier et ils doivent les entretenir et les faire contrôler, conformément aux dispositions des arrêtés royaux. Ils sont ainsi soumis aux mêmes obligations que les employeurs.

B. En ce qui concerne les travailleurs à domicile :

La convention collective de travail n°85 du 9 novembre 2005 concernant le télétravail, applicable au secteur privé, et l'arrêté royal du 22 novembre 2006 relatif au télétravail dans la fonction publique fédérale administrative prévoient que l'employeur informe le télétravailleur de la politique de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail, et en particulier par rapport aux exigences relatives aux écrans de visualisation.

Le télétravailleur doit respecter cette politique. Les services de prévention et de protection peuvent inspecter le lieu de télétravail, avec l'accord du télétravailleur s'il s'agit du domicile.

Dans le cadre de la réglementation relative au bien-être au travail, l'article 4§1^{er}, alinéa 3 de la loi bien-être permet d'adopter un arrêté royal en vue de tenir compte de la spécificité du travail à domicile. Actuellement, une telle législation n'a pas encore été adoptée.

En principe, cela signifie que la loi bien-être reste d'application, de même que les arrêtés d'exécution de cette loi. En effet, la loi bien-être définit le lieu de travail comme étant « *tout lieu où un travail est effectué, qu'il se trouve dans un établissement ou en dehors de celui-ci ou qu'il se trouve dans un espace clos ou ouvert* » (article 3, §1^{er}, 15°). Dans la mesure où les lieux de travail ne sont pas définis dans les arrêtés d'exécution (excepté dans le cas de l'arrêté lieux de travail), toute la réglementation sur le bien-être est donc susceptible de continuer à s'appliquer dans le contexte du travail à domicile.

C. En ce qui concerne les employés de maison :

Dans la loi bien-être, l'article 2§4 excluait auparavant les travailleurs domestiques et les gens de maison du champ d'application de la quasi totalité des règles en matière de bien-être au travail (la seule exception était l'application d'une partie des règles en matière de risques psycho-sociaux, ainsi que les mesures qui portent sur la protection de la maternité).

En 2014, cet article a été modifié par la loi du 15 mai 2014 modifiant la loi bien-être, en ce qui concerne les travailleurs domestiques et le personnel de maison. Cette loi n'est pas encore en vigueur : un arrêté royal devra en fixer la date. Cet arrêté royal règlera également les spécificités liées au travail dans des habitations privées, effectué par les employés de maison.

La législation est donc actuellement en bonne voie pour permettre aux employés de maison de bénéficier de la protection de leur bien-être au travail.

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. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de la Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement :

Répartition des compétences après la sixième réforme de l'État

Les autorités fédérales restent compétentes pour les hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques concernant; (A) la législation institutionnelle; (B) les règles de programmation de base (également de reconversion); (C) le financement de l'exploitation / exploitation (y compris la détermination et le calcul du budget financier.); (d) les conditions et la désignation des hôpitaux universitaires.

Elles restent compétentes pour l'exercice de la pratique médicale au sein de la première ligne (notamment la garde des droits)

Les autorités fédérales restent compétentes pour les professions de la santé en ce qui concerne (1) les conditions d'agrément; (2) l'intervention INAMI / INAMI pour les services médicaux; (3) La délivrance du visa (permis de pratique); (4) les superviseurs des stagiaires et des services de formation (5) nombre total maximum de candidats qui accèdent chaque année à la pratique de la médecine, la pharmacie, la physiothérapie, les soins infirmiers, sages-femmes, premiers soins / conducteur d'ambulance, des professions paramédicales et de la pratique de la médecine.

Les autorités fédérales sont également compétentes pour des mesures nationales sur la prophylaxie (vaccination obligatoire) et pour l'assurance maladie et l'assurance-invalidité.

Les compétences suivantes deviennent communautaires :

Certains aspects des hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques à savoir (a) l'élaboration de normes de certification (certification avec indication de la répartition géographique était déjà une compétence communautaire); (B) Politique d'investissement (y compris sur les infrastructures et sur les services médicotéchniques -. Transfert A1 et A3 du budget financier)

la politique de santé mentale en dehors des hôpitaux est entièrement transférée aux Communautés, à savoir: (1) les initiatives en matière de logement protégé; (2) résidences psychiatriques; (3) les plates-formes sur les soins de santé mentale.

La compétence en matière de politique elderly (en dehors des hôpitaux) est entièrement transférée aux Communautés.

Cela signifie que les Communautés sont en outre compétentes pour les soins et les foyers de soins, y compris les centres de soins de santé de jour (patients atteints de maladies graves et coma) et pour les services G délibération plates-formes isolées sur les soins de santé mentale

La compétence sur les services de SP isolés est entièrement transférée aux Communautés. En ce qui concerne la réhabilitation à long terme de soin, un certain nombre d'accords de revalidation (au niveau INAMI / INAMI) sont transférés aux Communautés (indépendamment de l'institution dans laquelle la prise en charge multidisciplinaire est fournie).

Les Communautés sont pleinement compétentes en première ligne pour l'organisation des soins de santé et en soutenant les professions de la santé (= soutien en matière d'infrastructure et d'organisation)

Les Communautés deviennent compétentes pour l'accréditation des professions de la santé. Chaque communauté peut mener sa propre politique (reconnaissance par le droit, la reconnaissance explicite ...) et pour déterminer les quotas pour les professions de santé.

L'éducation de la santé et les soins préventifs de santé étaient déjà une compétence générale des Communautés.

Il n'y a pas eu d'autres mesures juridiques prises au niveau fédéral depuis 2012.

Pour ce qui concerne les chiffres requis, les rapports de l'enquête nationale de santé de 2013 (la dernière en date) décrivent les tendances passées et actuelles en matière de consommation de tabac, d'alcool et de drogues, ainsi que beaucoup d'autres indicateurs de santé comme par exemple la couverture vaccinale, dans la population générale de Belgique mais également par région. Il s'agit d'une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population (plus de 10.000 personnes par enquête). Le lien vers ces rapports est le suivant :

https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2013.aspx

Nous disposons aussi de résumés :

<https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Summaries2013.aspx>

Par ailleurs, des informations détaillées pour tout ce qui concerne l'usage de drogues illicites sont disponibles sur le site suivant :

<https://drugs.wiv-isp.be/Pages/Drugs%20epidemiology%20Belgium.aspx>

Le health performance report ainsi que le health systems review (se trouvant sur le site web du KCE, <https://kce.fgov.be>) sont à consulter.

2.2. Entités fédérées

2.2.1. Autorité flamande

Domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) - Agence Soins et Santé

Les maladies qui posent actuellement les problèmes de santé publique les plus importants dans notre pays :

Données pour la Flandre (les données les plus récentes datent de 2013)

Trois causes de décès provoquent, chez les hommes, un tiers des années potentielles perdues (avant l'âge de 75 ans): *cancer du poumon, suicide* et *cardiopathie ischémique*. Le nombre total d'années potentielles perdues est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Chez les femmes, ce n'est pas le cancer du poumon, mais *le cancer du sein qui est* la principale cause de mortalité prématurée (11% des APP). Le top 3 chez les femmes est complété par *le cancer du poumon* et *le suicide*. Au total, 26% des années potentielles perdues chez les femmes sont dus à ces 3 causes de mortalité.

Les accidents de la route et le suicide jouent un rôle important dans les cas de décès à un âge relativement jeune. Les cancers et les cardiopathies (ischémiques) sont importants en raison du grand nombre de décès qu'ils occasionnent à un âge plus tardif.

Ces 5 dernières années, le nombre total d'années de vie potentielles perdues a effectivement diminué chez les hommes, mais à peine chez les femmes. La diminution chez les hommes s'explique principalement par la diminution de la mortalité par accidents de circulation, cardiopathies ischémiques, cancers du poumon et affections cérébro-vasculaires durant la période 2009-2013. Chez les femmes, on note, certes, une diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques, cancers du sein et accidents de la route.

Mais cette diminution est annihilée par l'augmentation des APP pour cause de cancer du poumon, entre 2009 et 2013.

Principales causes de mortalité par catégorie d'âge, hommes et femmes, Communauté flamande, 2013 (nombre absolu / importance relative dans la catégorie d'âge)

Catégorie d'âge	Hommes	Femmes
0 an	Anomalies congénitales (40 / 30%)	Anomalies congénitales (34 / 30%)
1-4 ans	Causes de mortalité différentes (3 / 9%)	Causes de mortalité différentes (2 / 9%)
5-9 ans	Accidents de la circulation ¹ (3 / 19%)	Accidents de la circulation ¹ (3 / 25%)
10-14 ans	Accidents de la circulation ¹ (3 / 23%)	Accidents de la circulation ¹ (3 / 30%)
15-19 ans	Suicide (17 / 30%)	Suicide (12 / 48%)
20-24 ans	Suicide (43 / 37%)	Accidents de la circulation ¹ (11 / 28%)
25-29 ans	Suicide (48 / 33%)	Suicide (10 / 19%)
30-34 ans	Suicide (48 / 34%)	Suicide (13 / 22%)
35-39 ans	Suicide (49 / 25%)	Suicide / cancer du sein (14 / 12%)
40-44 ans	Suicide (85 / 28%)	Suicide / cancer du sein (28 / 14%)
45-49 ans	Suicide (99 / 19%)	Cancer du sein (53 / 15%)
50-54 ans	Cancer du poumon (96 / 11%)	Cancer du sein (91 / 16%)
55-59 ans	Cancer du poumon (190 / 14%)	Cancer du poumon (118 / 14%)
60-64 ans	Cancer du poumon (299 / 16%)	Cancer du sein (131 / 12%)
65-69 ans	Cancer du poumon (412 / 16%)	Cancer du sein (155 / 10%)
70-74 ans	Cancer du poumon (447 / 14%)	Cancer du sein (143 / 8%)
75-79 ans	Cancer du poumon (521 / 11%)	Affections cérébro-vasculaires (258 / 8%)
80-84 ans	Cardiopathies ischémiques (559 / 9%)	Affections cérébro-vasculaires (531 / 10%)
85 ans et +	Décompensation cardiaque, complications et ... ² (1.008 / 11%)	Décompensation cardiaque, complications et ... ² (1.984 / 14%)

Source : Certificats de décès, Région flamande, 2013.

note 1: Les accidents de la circulation sont limités ici aux accidents de circulation sur route (V01-V89)

note 2: Décompensation cardiaque, complications et ... [pathologies cardiaques imprécisément définies] (I46, I50-I52)

Source: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/> (Agence Soins et Santé, département information et métiers de la santé)

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

Cf. contribution SPF SSCE:

- remboursement des frais médicaux par le biais de l'assurance maladie obligatoire
- introduction du maximum à facturer

Mesures complémentaires pour la Flandre:

- Protection sociale flamande: voir ci-dessous.
- Arrêté du Gouvernement flamand du 16 mai 2014 portant diverses dispositions en exécution du décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive et modifiant des arrêtés d'exécution de ce décret. Cet arrêté régit notamment l'exécution de l'article 10 du décret relatif à la politique de santé préventive, qui donne droit, à certains groupes de personnes, à une **offre de soins de santé préventifs** (ex. vaccins, ...), les conditions d'agrément d'un centre de santé mentale en tant qu'organisation de terrain et le choix de Vaccinnet comme système d'enregistrement des vaccinations.

Mesures destinées à éliminer autant que possible les causes d'une mauvaise santé

Domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) – concernant la protection sociale flamande

Tout d'abord, il est important d'indiquer que l'assurance soins de santé flamande est en train d'évoluer vers une protection sociale flamande. En 2001, **l'assurance soins de santé flamande** est entrée en vigueur en tant que première assurance flamande obligatoire (facultative à Bruxelles), dans le but de mieux rembourser les frais de santé non médicaux en Flandre. Grâce à cela (et à une amélioration de l'aide fédérale aux personnes âgées), le pourcentage de personnes devant faire appel au CPAS pour le paiement du prix journalier en centre de services de soins et de logement a considérablement diminué. Fin des années '80, le nombre de personnes devant faire appel au CPAS pour le financement d'une maison de repos était évalué à 30%. Une étude de 2004 a montré que le CPAS intervenait encore dans les frais de séjour pour 7% des résidents en maison de repos. L'assurance soins de santé contribue également à l'accessibilité financière des soins pour les soins à domicile et le séjour dans un logement à assistance. Les études démontrent que l'assurance soins de santé a fait notablement reculer l'insécurité d'existence des personnes nécessitant des soins. A l'issue d'une série d'adaptations, ce système d'assurance a réussi le test juridique à l'égard de la Constitution et du droit européen.

La récente réforme de l'État offre à la Communauté flamande la possibilité de développer l'assurance soins de santé flamande en une **protection sociale flamande**. La protection sociale flamande se composera des éléments suivants, qui seront progressivement mis en place au cours des années à venir: la prise en charge de l'assurance soins de santé, le budget d'assistance de base pour les personnes handicapées, l'aide aux personnes âgées, un financement lié à la demande de soins résidentiels aux personnes âgées, la prise en charge de l'habitation protégée et des maisons de soins psychiatriques, la revalidation, les aides de mobilité et aides non liées à l'âge et le financement et la liaison au revenu en rapport avec le régime de cotisation personnelle dans les soins à domicile.

La protection sociale flamande soutient les personnes ayant des besoins de soins (de longue durée) et entend leur donner la possibilité de gérer eux-mêmes leurs soins. La protection sociale flamande garantit l'accessibilité financière des soins tant à domicile que dans un contexte résidentiel, pour autant que les coûts soient une compétence flamande. A cet effet, la protection sociale flamande est conçue comme une assurance publique, pour laquelle le citoyen paie une prime annuelle. La prime

actuelle de l'assurance soins de santé est transposée en une prime protection sociale flamande. La protection sociale ne peut être accessible à tous que si elle se fonde sur la solidarité. Dans un modèle d'assurance (obligatoire), nous partons du principe du partage des risques et des responsabilités, des droits et des devoirs.

L'établissement de la protection sociale flamande part conceptuellement (tout comme le nouveau financement pour les personnes handicapées) du modèle en cercles de l'American Association on Mental Retardation (AAMR). Dans le modèle en cercles, c'est le client qui occupe la position centrale et qui détermine - si possible en concertation avec ses prestataires de soins informels et formels - quels niveaux d'aide peuvent contribuer à sa santé et son bien-être. Sur la base de ce modèle en cercles, les différents constituants de la protection sociale flamande peuvent se définir et se positionner comme suit:

- 1° soins autonomes: les soins et l'aide dont la personne nécessitant des soins se charge elle-même;
- 2° soins et aide proposés à domicile par des soignants informels: famille et amis;
- 3° soins informels par des bénévoles et aide locale;
- 4° soins et aide professionnels: services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, centre de soins de jour et de court séjour, soins à domicile, soins résidentiels aux personnes âgées, maison de soins psychiatriques, initiatives d'habitation protégée, revalidation, etc...
- 5° pour les personnes handicapées, s'ajoute, vu leurs besoins particuliers, le cercle des soins et aide professionnels de l'échelon 2 du financement personnalisé pour les personnes handicapées. L'accès est régi par une procédure et des priorités appropriées (voir décret sur le financement personnalisé pour les personnes handicapées). Ce cercle n'est pas pertinent pour la protection sociale flamande.

Les principes de base de la PSF peuvent se résumer au travers des concepts suivants: gestion personnalisée des soins, droits contraignants, simplification des droits et procédures, gommage des doublons, octroi automatique de droits et guichet unique pour l'ensemble des questions.

- La protection sociale doit veiller à ce que les personnes ayant un besoin de soins ou d'aide se trouvent renforcées et aient accès aux soins et aides adaptés. Cet objectif est atteint via un modèle d'assurance solidaire. Modèle qui englobe les financements et interventions personnalisés qui permettent l'accessibilité financière des soins et aides, tant à domicile que dans un contexte résidentiel. Le financement personnalisé est déjà appliqué actuellement pour l'assurance soins de santé et l'aide aux personnes âgées. C'est également le point de départ du budget d'assistance de base. Chaque personne dispose d'un budget qui sert à couvrir les besoins d'assistance.
- L'assurance soins de santé, le budget d'assistance de base et l'aide aux personnes âgées sont des droits contraignants. Cela signifie que toute personne qui répond aux critères bénéficie d'une intervention, sans qu'il soit tenu compte de la priorité des besoins.
- La fusion des différentes interventions en un seul système de protection sociale a pour but de mener une politique plus intégrale. La politique d'aide aux personnes âgées, aux personnes handicapées, la santé mentale, les aides, la revalidation, etc. peuvent donc être intégrés en un seul système consistant, qui objective les besoins en soins et en aides. Cette intégration s'effectuera en différentes phases. Ce faisant, la protection sociale flamande constituera un ensemble identifiable de droits. Nous optons pour la simplicité administrative et la transparence: nous matérialisons cet objectif par la création d'un guichet unique pour l'utilisateur au sein de sa caisse d'assurance, l'utilisation de flux de données automatiques et l'octroi automatique de droits dès que possible. Ci-dessous, nous approfondirons quelques principes de la PSF.
- En réunissant différentes interventions en un seul décret, nous facilitons, à terme, l'évitement de doublons. La mise en œuvre future de BelRAI et du screener BelRAI dans les secteurs de

l'assurance soins de santé, l'aide aux familles et les centres de résidence et de soins jouera un rôle important dans cette optique (RAI: Resident assessment instrument).

- une limitation du nombre d'instruments d'échelonnement permettra l'octroi automatique de droits pour plusieurs piliers.
- Les droits sont octroyés de manière automatique autant que possible. De plus, l'usager peut se tourner, pour toutes les interventions de la PSF vers un seul point de contact. La caisse d'assurance perçoit la cotisation, informe, traite la demande, assure le suivi du dossier, examine si les conditions sont remplies, prend une décision et procède au paiement conformément au décret et à ses arrêtés d'exécution. L'utilisateur sait qu'il peut poser toutes ses questions concernant les interventions à sa caisse d'assurance. C'est clair, simple et transparent pour le citoyen. Dans ce cadre, nous responsabilisons les caisses d'assurance et nous garantissons un fonctionnement uniforme. Nous évitons ainsi que les citoyens doivent se tourner vers plusieurs instances et soient confrontés à des procédures différentes. Cette manière de faire doit engendrer des gains d'efficacité.

La protection sociale flamande sera développée progressivement. Tout d'abord, un décret sera pris afin d'ancrer juridiquement l'assurance soins de santé, le budget d'assistance de base pour les personnes handicapées et l'aide aux personnes âgées. Le *“projet de décret portant la protection sociale flamande”* a été introduit le 23 mars 2016 pour discussion par le Parlement flamand. A partir du 1er septembre 2016, le budget d'assistance de base pour les personnes handicapées sera payé par étapes (*“Arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, pour ce qui concerne l'introduction du budget d'assistance de base pour personnes handicapées”*). L'aide aux personnes âgées sera payée à partir du 1er janvier 2017. (Cet arrêté doit encore être soumis au Gouvernement flamand.)

Domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) - Agence Soins et Santé, concernant la politique préventive en matière de santé

En ce qui concerne les **actions préventives liées à la santé**, nous travaillons avec des objectifs de santé pluriannuels. 6 objectifs de santé sont définis actuellement:

- Objectif de santé vaccinations
- Objectif de santé dépistage du cancer
- Objectif de santé prévention du suicide
- Objectif de santé alimentation et mouvement
- Objectif de santé tabac, alcool et drogues
- Objectif de santé accidents dans la sphère privée

Au travers des objectifs de santé, nous mettons l'accent sur la prévention des années de vie potentielles perdues (cf. supra) et donc sur la réalisation d'un gain pour la santé. Cette démarche peut passer tant par la promotion de la santé que par la prévention des maladies.

En 2013, le nouvel objectif santé vaccination a été approuvé pour la Flandre. L'objectif est de mettre sur pied, pour l'horizon 2020, une politique de vaccination de qualité en Flandre, en vue de protéger efficacement la population tout au long de la vie contre les maladies infectieuses vaccinables qui peuvent avoir des répercussions graves sur la qualité de vie. Afin de concrétiser cet objectif de vaccination, des sous-objectifs sont formulés pour la politique de vaccination de différents groupes cibles: enfants et adolescents ; adultes ; plus de 65 ans; voyageurs entrant en ligne de compte pour la vaccination; population active entrant en ligne de compte pour la vaccination. En 2015, nous avons

travaillé avec des équipes flexibles de vaccinateurs (équipes mobiles) qui peuvent intervenir en cas d'apparitions plus ou moins importantes de maladies infectieuses vaccinables et garantir une offre de vaccination systématique pour les groupes de personnes sous-vaccinées (y compris l'enseignement privé) qui, pour l'instant, ne reçoivent pas d'offre systématique organisée. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-actieplan-vaccinaties-2012-2020>

L'objectif de santé "dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et du côlon" a été approuvé par le Parlement flamand en date du 13 mai 2015.

L'objectif est d'organiser, d'ici 2020, un dépistage efficace, au niveau de la Flandre, du cancer du col de l'utérus, du sein et du côlon, compte tenu de l'effectivité des coûts et des évolutions sociétales et scientifiques en matière de dépistage. Les groupes cibles du dépistage en Région flamande sont: les femmes de 25 à 64 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, les femmes de 50 à 69 ans pour le dépistage du cancer du sein, les hommes et les femmes de 56 à 74 ans pour le dépistage du cancer du côlon. L'objectif de santé est réalisé via un plan d'action 2014-2020 et des stratégies de prévention, incluant évaluation et monitoring. Pour chaque stratégie de prévention, une attention spécifique est consacrée à la redirection vers des soins appropriés des groupes à haut risque pour lesquels le dépistage n'est pas optimal.

http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/GC_BVO_kanker_SYNTHESETEKST_dec%202013.pdf

L'objectif de santé et le plan d'action flamand de prévention du suicide ont été approuvés par le Gouvernement flamand en date du 7 septembre 2012. Le plan d'action flamand de prévention du suicide s'articule autour de 5 stratégies: Promotion de la santé mentale au niveau de l'individu et de la société; Prévention du suicide par le biais d'une aide téléphonique et en ligne accessible à tous; Promotion de l'expertise et du réseautage chez les intermédiaires; Stratégies pour les groupes à risque spécifiques; Développement et mise en œuvre de recommandations et moyens pour la prévention du suicide; Mise à jour technique et du contenu du site internet "Fit in je hoofd"; Une plate-forme unique de prévention des comportements suicidaires a été créée en 2013: la ligne prévention suicide 1813 "www.zelfmoord1813.be" est un service d'urgence agréé qui s'adresse à toute personne qui pense au suicide, qui y est confrontée dans son entourage ou qui y a survécu. Ce service vous propose un dialogue d'aide ou de soutien, anonyme et gratuit, par téléphone, chat ou e-mail. Les bénévoles du Centre de prévention du suicide et de télé-accueil sont constamment à votre écoute via la ligne de prévention du suicide 1813. Plus d'informations: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Vlaams%20Actieplan%20Su%C3%AFcidepreventie%202012-2020.pdf>

Les objectifs de santé alimentation et mouvement et tabac, alcool et drogues se sont clôturés fin 2015. Le parcours afin de déboucher sur de nouveaux objectifs et de nouvelles stratégies se terminera lors de la Conférence sur la santé et la prévention les 16 et 17 décembre 2016.

La conférence sur la santé entend faire le point sur les différents thèmes stratégiques, les outils et les secteurs, mais également encourager la prise d'engagements et reformuler les objectifs de santé. Cette méthode de travail permettra d'orienter la politique des années à venir.

L'objectif de santé sur les accidents dans la sphère privée de 2002 n'a pas été renouvelé. La politique se poursuit néanmoins et se concentre sur la prévention des chutes chez les personnes âgées. A cet effet, un mandat de gestion a été conclu avec le "Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen" (Centre d'expertise flamand pour la prévention des chutes et des fractures) pour une durée de cinq ans (début 2012 à fin 2016).

Domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) - Agence Soins et Santé, concernant les soins de santé

L'accord du gouvernement flamand et la note de politique du Ministre Vandeurzen 2014-2019 prévoient une réforme des structures des soins de santé de première ligne. Afin de porter cette réforme, un parcours participatif avec le secteur, initié en 2015, doit déboucher sur une conférence de première ligne en février 2017. Lors de cette conférence, différents groupes de travail présenteront leurs propositions réalistes de préparation stratégique. Ces propositions doivent déboucher sur une nouvelle réglementation flamande qui redessinera le paysage des soins de première ligne.

La conférence portera sur la politique flamande en matière de soins de première ligne. Ce trajet de changement doit aller de pair avec d'autres réformes en cours ou à initier, à savoir: la mise en place de la protection sociale flamande (cf. A.), du financement personnalisé pour les personnes handicapées, des nouvelles compétences en matière de soins aux personnes âgées, de santé mentale et de revalidation et l'élargissement du domaine d'action du plan stratégique des soins des hôpitaux.

Le taux de mortalité infantile et périnatale :

Table 2 : Évolution de la mortalité infantile et périnatale en Flandre 2003-2012.

	Nombre de naissances mort-nées et en vie	DG	PE	VN	LN	PN	IS	FI
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
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	69.587	4,1	6,3	2,2	0,6	1,2	3,9	8,0
2009	68990	4,0	5,8	1,8	0,6	1,2	3,6	7,6
2010	++70.423++	4,6	6,5	2,0	0,4	1,4	3,8	8,3
2011	69.734	4,7	6,7	2,0	0,4	1,2	3,6	8,3
2012	68.873	4,6	6,6	2,0	0,8	1,3	4,1	8,7
Note + / ++	Depuis 2007 (+), les enfants morts-nés non déclarés officiellement qui pèsent au moins 500g (ou qui sont nés après 22 semaines de grossesse ou plus sans que le poids à la naissance soit connu) et qui ont été enregistrés par le SPE (Flandre) sont également pris en compte. Depuis 2010 (++) , les cas d'enfants morts-nés non déclarés officiellement et enregistrés par le CepiP (Bruxelles) sont également pris en compte.							

Définitions :

- Nombre de naissances global = nombre total de naissances d'un enfant, mort ou vivant, de ≥ 500 g ou ≥ 22 semaines de durée d'aménorrhée.
- Mortinatalité (DG)= mortalité fœtale = naissances d'un enfant mort de ≥ 500 g (ou ≥ 22 semaines de durée d'aménorrhée quand le poids de naissance est inconnu)
- Mortalité périnatale (PE)= mortinatalité + mortalité néonatale précoce
- Mortalité néonatale précoce (VN)= décès d'un enfant né vivant, avant le 8^e jour après la naissance
- Mortalité néonatale tardive (LN)= décès d'un enfant né vivant, à partir du 8^e jour jusqu'au 28^e jour après la naissance
- Mortalité post néonatale (PN)= décès d'un enfant né vivant, à partir du 29^e jour jusqu'au 365^e jour après la naissance
- Mortalité infantile (IS)= décès d'un enfant né vivant, pendant la première année
- Mortalité foeto-infantile (FI)= Mortalité infantile + mortinatalité

Source: Agence Soins et Santé, département information et métiers de la santé

Évolution du nombre de décès dus à la mort-subite du nourrisson (MSN) en Flandre: 2008-2012

Cause du décès: MSN (mort subite du nourrisson – R95.0)	Garçons	Filles	Total
2008	12	6	18
2009	13	7	20
2010	14	2	16
2011	10	5	15
2012	11	7	18

L'espérance de vie :

Un garçon né en Flandre en 2013 a une espérance de vie de 79,1 ans.

A la naissance, les filles ont une espérance de vie de 83,7 ans.

Mesures spéciales prises pour protéger la santé des :

a. Femmes enceintes, mères et tout petits

b. Enfants et adolescents :

En Belgique, les soins de santé pour les jeunes se subdivisent en soins préventifs et curatifs.

Les soins curatifs sont assurés par les médecins traitants et les pédiatres dans le cadre de consultations seul ou en groupe et, le cas échéant, dans des départements de pédiatrie spécialisés en milieu hospitalier.

En Flandre, le programme des soins préventifs pour les jeunes est assuré par deux organismes, subventionnés par les pouvoirs publics, à savoir Kind & Gezin et les "Centra voor Leerlingenbegeleiding" (centres d'accompagnement des élèves). (voir plus loin)

Les soins de santé pour les jeunes recouvrent de nombreux aspects. La Flandre dispose d'une politique étendue en matière de jeunesse et de soins intégraux pour les jeunes (<http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be/>). Les aspects spécifiques pour la santé des enfants qui sont présentés de façon détaillée ailleurs dans le présent rapport sont:

- Le suivi des enfants scolarisés par les CLB: cf. PAR. 2, Question A, point a. Le département Enseignement et le département Bien-être, Santé publique et Culture ont conclu, en 2004, une convention de partenariat pour l'échange de données, la communication et la politique relative aux soins de santé préventifs pour les jeunes dans les CLB.
- Le 1er janvier 2002, l'autorité flamande a conclu un mandat de gestion de 5 ans avec le VVVJ. Le VVVJ est également reconnu comme "organisation partenaire pour les soins de santé préventifs en faveur des enfants et adolescents scolarisés". L'organisation propose des informations et documentations scientifiques aux pouvoirs publics flamands concernant la politique de soins de santé préventifs en faveur des enfants et adolescents scolarisés et d'autres thèmes connexes.
- Promotion de la santé: de nombreuses actions et campagnes s'adressent spécifiquement aux jeunes; cf. PAR. 2, Question B

2.2.2. Communauté germanophone

Remarque préliminaire : L'accès aux soins et les mesures destinées aux personnes défavorisées sont une compétence exercée par l'autorité fédérale (ne sont pas définis comme soins : les services d'aide et les services de dépistage relevant eux de la compétence de la Communauté germanophone)

Suite à la sixième réforme de l'Etat, les Communautés sont devenues compétentes à partir du 1^{er} juillet 2014 pour les soins aux personnes âgées, les services psychiatriques de longue durée et les services de réadaptation tels que services pour les toxicomanes. Dans le domaine de la santé, la prévention reste du domaine de compétence des Communautés.

Informations pertinentes sur les principaux indicateurs de santé et sur les services et professionnels de santé

Le health performance report ainsi que le health systems review (se trouvant sur le site web du KCE, <https://kce.fgov.be/>) sont à consulter.

3. Réponses aux questions du Comité

3.1. Niveau fédéral

Groupe de travail « Liste d'attente dans les hôpitaux »

Le groupe de travail « liste d'attente dans les hôpitaux » a formulé les conclusions provisoires suivantes : (i) Mesurer les délais d'attente uniquement au niveau des hôpitaux ; (ii) Limiter l'enregistrement aux hospitalisations et à certains examens.

En ce qui concerne l'hospitalisation, la définition de la notion de « délai d'attente » est utilisée : le délai qui est enregistré entre la date de décision d'une intervention chirurgicale et l'admission à l'hôpital/la date de traitement ou de l'intervention.

La collecte de données ne devrait entraîner aucune charge administrative supplémentaire pour les hôpitaux.

Pour faire référence aux charges administratives supplémentaires pour les hôpitaux, il est très important de définir dès le départ comment l'enregistrement des délais d'attente peut effectivement être mis en pratique et quels en sont les coûts. Nous devons nous limiter aux données actuelles (par exemple au niveau des organismes d'assurance) et ne pas demander de données supplémentaires, sauf si c'est nécessaire.

L'Agence Inter Mutualiste (AIM) dispose depuis début 2012 d'une base de données Hospitalisations, qui met à disposition toutes les prestations remboursées pour chaque ayant droit à l'assurance obligatoire pour les soins médicaux ayant été hospitalisé durant un semestre en Belgique (admission classique ou en hôpital de jour), et ce pour une période de 18 mois, à savoir pour le semestre durant lequel l'hospitalisation a eu lieu et pour le semestre précédent et le semestre suivant.

Sur la base de ces données, la fixation du « délai d'attente » pour les interventions chirurgicales prévues (en ce compris l'hôpital de jour chirurgical) s'avère être relativement facile. Pour ce qui est des traitements requérant des appareils médicaux spécialisés, la situation est un peu plus complexe, mais il devrait être possible de définir ici aussi le « délai d'attente ».

On se limite aux simples données de facturation qui sont disponibles au sein des organismes d'assurance, il faut lors de l'interprétation ultérieure des résultats être conscient des limitations méthodologiques de ces échantillons.

L'AIM a présenté les fiches de projet « 5a - Imagerie médicale » et « 5b - Cataracte » pour approbation lors de l'assemblée plénière du 1er octobre 2014.

Ces fiches concernent tous les patients, et donc les délais d'attente sont étudiés de manière générale et pas spécifiquement en ce qui concerne les patients étrangers ; en croisant les données, l'aspect des délais d'attente dans le cadre de l'afflux des patients étrangers devrait être exposé ultérieurement.

Le délai d'attente « normal » moyen pour un patient belge doit être le point de départ pour ensuite analyser à une prochaine étape si le délai d'attente pour un patient belge augmenterait en fonction de l'afflux étranger.

Les rapports validés pour « Imagerie médicale (CT, IRM et PET)» et « Cataract » sera prévu pour fin 2016.

Personnes transgenres

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a reçu de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme "qu'en Belgique ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre". A cet égard, le Comité renvoie à sa question sur ce sujet dans l'Introduction Générale.

Le Comité demande aux Etats parties si la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exige (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou intégrité physique.

Le gouvernement fédéral belge s'est engagé dans son accord de gouvernement d'octobre 2014 à adapter la loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité en fonction des obligations internationales en matière de droits de l'homme.

Plus précisément, le ministre de la Justice s'est engagé dans sa note de politique générale du 10 novembre 2015 à « supprimer les conditions médicales mentionnées au point 6.2 de la résolution du Conseil de l'Europe du 22 avril 2015 (2048(2015)). » Il précise que : « La suppression des conditions médicales ira de pair avec l'inscription de garanties suffisantes contre les abus et contre les changements de sexe non mûrement réfléchis. Le sexe reste en effet un élément de l'état de la personne. Ensuite, il sera prêté attention à l'impact du changement de sexe sur la filiation et le droit au respect de la vie privée du transgenre lors de la délivrance de copies ou d'extraits de l'état civil. »

Les discussions portant sur ces modifications législatives sont en cours.

Par ailleurs, il importe de souligner d'autres avancées dans les politiques mises en place et la reconnaissance des droits des personnes trans en Belgique sur la période concernée.

Au niveau législatif, la Communauté flamande, le niveau fédéral, la Communauté française ont modifié leurs législations afin d'assimiler une discrimination fondée sur l'identité de genre ou l'expression de genre à une discrimination fondée sur le sexe.¹ L'objectif est d'offrir une protection contre la discrimination étendue à toutes les personnes transgenres et pas seulement aux personnes qui prévoient de subir un traitement en vue de changer de sexe, qui sont en cours de traitement ou qui l'ont subi. Ces deux motifs ont également été introduits dans la législation révisée relative à la prévention des risques psychosociaux au travail.²

Par ailleurs, en 2013, le législateur a instauré la répression de délits de haine en raison des motifs de discrimination interdits dont le changement de sexe, permettant de prendre en considération des circonstances aggravantes dans de tels cas et facilitant ainsi la répression des auteurs.³ Une circulaire relative à la politique de recherche et de poursuite en matière de discriminations et de délits de haine a été adoptée en juin 2013 (COL 13/2013). Elle clarifie les attentes envers les magistrats et les services de police afin d'améliorer la recherche sur les discriminations et délits de haine.

Enfin, les gouvernements de ce pays ont élaboré deux Plans d'Action Interfédéraux en 2013. Le premier plan se concentre sur l'approche des violences homo- et transphobes. Le second plan « Plan d'action interfédéral de lutte contre les discriminations homophobes et transphobes » (2013-2014) propose une prévention plus vaste des différentes formes de discrimination et comporte deux volets : l'élimination des discriminations structurelles et la lutte contre les stéréotypes et le changement de mentalité. Ces plans ont été évalués et ont démontré des adaptations législatives, une meilleure information et coordination des services concernés, une visibilité accrue de la problématique, un soutien concret plus important aux personnes trans ainsi qu'aux associations les représentant. Un second plan est en cours d'élaboration. La consultation avec les parties prenantes s'est tenue en juin 2016.

¹ Décret du 28 mars 2014 modifiant le décret du 13 juillet 2007 portant promotion d'une participation plus équilibrée d'hommes et de femmes dans les organes d'avis et d'administration de l'autorité flamande et le décret du 10 juillet 2008 portant le cadre de la politique flamande de l'égalité des chances et de traitement, loi du 22 mai 2014 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes, Décret du 13 novembre 2015 modifiant le décret du 12 décembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.

² Loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail et loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en ce qui concerne les procédures judiciaires.

³ Loi du 14 janvier 2013 modifiant l'article 405quater du Code pénal et l'article 2 de la loi du 4 octobre 1867 sur les circonstances atténuantes.

Diverses mesures d'aide et de sensibilisation ont été mises en place dans ce contexte. Citons, par exemple : une ligne téléphonique gratuite, la mise sur pied d'un centre d'information par la Communauté flamande : www.transgenderinfo.be, une campagne de sensibilisation « Et toi t'es casé ? » (www.ettoitescase.be/) afin de sensibiliser les jeunes aux stéréotypes homophobes et transphobes.

3.2. Entités fédérées

3.2.1. Autorité Flamande

Existence de structures de réadaptation pour les toxicomanes, ainsi que l'éventail des possibilités et traitements offerts.

L'INAMI conclut des conventions de revalidation avec différentes institutions. Sur la base de ces conventions, l'INAMI rembourse des prestations de revalidation aux patients. Depuis le 1er juillet 2014, certaines conventions de revalidation relèvent officiellement des compétences de l'autorité flamande. Durant la période transitoire, qui court jusqu'au 31 décembre 2017 inclus, l'administration fédérale continuera d'assurer le suivi de ces dossiers.

Conventions de revalidation dans le cadre des addictions

Les centres pour toxicomanes accueillent des personnes qui souffrent d'une addiction aux drogues illégales, aux médicaments, à l'alcool ou à certaines substances psychoactives. Certains centres s'adressent aux patients en situation de crise. Ils offrent différents types d'accompagnement ambulatoire ou résidentiel, afin de permettre la désaccoutumance, l'élimination de l'addiction et une meilleure intégration sociale. La durée des soins est limitée. L'assurance maladie peut intervenir financièrement dans ce programme.

En Flandre, 13 institutions ont conclu une telle convention dans le cadre des addictions.

3.2.2. Communauté germanophone

En Communauté germanophone, nous disposons d'un service psychiatrique hospitalier. L'asbl ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung) exerce ses fonctions dans le domaine de la prévention et donne des conseils pratiques aux toxicomanes. Ceci s'effectue de façon individuelle mais aussi en groupe. En outre, l' SPZ (Sozial-psychologisches Zentrum) offre un soutien psychologique. Quant à la réadaptation, la CG ne dispose pas de structures spécifiques. En cas de réadaptation, les patients sont hospitalisés dans les structures de soins des pays voisins.

Paragraphe 2 – Services de consultation et d'éducatons sanitaires

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Entités fédérées

1.1.1. Autorité flamande

Dispositions prises en matière de prévention et d'enseignement en vue de la promotion de la santé publique et des responsabilités individuelles en matière de santé

Domaine flamand Bien-être, Santé publique & Famille (WVG), Agence Soins et Santé et Enseignement et Formation (OV)

En Belgique, la promotion de la santé et la prévention des maladies sont des compétences des Communautés.

L'accord de gouvernement flamand 2014-2019 souligne le caractère continu de cette politique.

La prévention, la promotion de la santé et la détection précoce jouent un rôle central dans la politique flamande de santé. Tous les acteurs de première ligne (pharmaciens, prestataires (indépendants) de soins,...) y sont associés. L'éventail actuel des objectifs de santé est élargi à de nouveaux objectifs de santé, moyennant création des conditions et de la portance nécessaires à cet effet.

Dans le cadre des soins de santé préventifs, en général, et de la santé mentale, en particulier, nous développons une stratégie à multiples facettes. Dans cette optique, soulignons l'importance de la promotion de la santé dans l'enseignement et le monde du travail, d'une approche positive de la santé mentale et de l'implication des pouvoirs publics.

L'Agence Soins et Santé conclut des conventions avec des organisations en vue de la réalisation des objectifs de santé. Ces organisations travaillent de manière thématique et pour plusieurs domaines. Il n'est donc pas toujours évident d'établir des distinctions pour les questions visées ci-après.

Pour la **promotion générale de la santé**, l'Agence Soins et Santé a, par exemple, conclu un mandat de gestion pour la période 2016-2020 avec le "Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie" (Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies). Ils ont pour mission de prendre une série d'initiatives en vue d'assurer la promotion générale de la santé. Un travail orienté cadre et objectif et, donc, dépassant le cadre des thématiques spécifiques, telle est la nouvelle méthode de travail pour diriger la politique de santé préventive. Dans cette optique, citons le développement et la mise en place de méthodologies cadres à l'attention de domaines tels que l'enseignement, le monde du travail et les administrations locales. Cette organisation donne également forme et contenu au principe de l'universalisme proportionnel dans le développement d'une offre à destination des groupes cibles difficilement accessibles. In fine, cette organisation partenaire est également active dans le domaine de la santé mentale pour la population en général et des groupes cibles spécifiques. Pour des informations plus concrètes et actualisées sur les initiatives de cette organisation partenaire, consultez le site internet vigez.be.

Quels sont les services de consultation et de dépistage ?

a. en milieu scolaire ;

Chaque école en Flandre travaille avec un Centre d'accompagnement des élèves (CLB). Le CLB accompagne les élèves dans leur cheminement à devenir des adultes responsables et assure un suivi systématique ou sur demande de la santé et du bien-être des élèves. Les parents, les enseignants, les directions, de même que les enfants et adolescents peuvent y trouver information, aide et accompagnement. Le CLB regroupe différents professionnels: médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, psychologues, pédagogues.

En collaboration avec l'école, cette équipe veille à ce que chaque enfant et adolescent puisse développer au mieux ses connaissances, ses talents et ses compétences.

Le Centre pour l'accompagnement des élèves (CLB) est actif dans quatre domaines d'accompagnement :

- apprentissage et études
- parcours scolaire
- fonctionnement psychique et social
- soins de santé préventifs

Par rapport à ces quatre domaines d'accompagnement, le CLB propose:

- une offre orientée élève
- une offre orientée école

1. L'offre du CLB orientée élève

L'offre orientée élève porte sur le fonctionnement des élèves (à la demande de l'élève, des parents ou de l'école) et l'accompagnement obligatoire des élèves (en cas de séchage des cours ou de certains examens médicaux).

Dans cette offre, l'école joue principalement le rôle de "signaleur". Elle peut signaler au CLB qu'elle est inquiète à propos d'un élève et demander au CLB d'entamer un accompagnement. Avant d'entamer un accompagnement, le CLB demandera toujours l'autorisation aux parents (pour un élève de moins de 12 ans) ou à l'élève lui-même (pour un élève de 12 ans ou plus, apte à décider lui-même).

L'accompagnement par un CLB n'est pas obligatoire, sauf dans 2 situations:

- en cas de séchage des cours (intervention obligatoire du CLB à partir de 10 demi-jours d'absence problématique)
- dans le cas de certains examens médicaux

2. L'offre du CLB orientée école

Le CLB apporte un soutien aux écoles pour les quatre domaines. Cette offre a pour but d'améliorer l'accompagnement interne des élèves par l'école, par exemple en renforçant l'expertise des enseignants à l'égard de la détection de certains signaux.

L'offre CLB minimale orientée école comprend:

- de l'information: dans le cadre de la communication d'informations sur l'offre d'enseignement et la transition vers le marché du travail, le CLB déploie activement, en collaboration avec l'école, toute une gamme d'actions concernant le choix des études et d'un métier.
- la fonction du CLB en tant que plaque tournante entre l'école en tant qu'organisation et les partenaires du réseau du CLB, à savoir de nombreux services et organismes actifs dans le domaine du bien-être et l'aide spécialisée.
- participation à la concertation organisée par l'école concernant l'accompagnement des élèves.

- participation à des projets scolaires placés sous le signe de la politique relative aux groupes cibles prioritaires. Il s'agit de groupes dont le contexte social ou la situation de vie met en péril leur parcours d'apprentissage.

Le CLB peut également soutenir l'école en matière de soins de santé préventifs, par exemple lorsque des campagnes de prévention sont mises sur pied par l'école ou lorsque des mesures doivent être prises en cas de certaines maladies contagieuses.

Les examens médicaux dans un CLB

Les médecins et travailleurs du paramédical (personnel infirmier) des CLB effectuent gratuitement une série d'examens médicaux gratuits (consultations) pour les élèves de leurs écoles.

Ces examens permettent de détecter à temps une série de "troubles". Cela permet de:

- poser une base pour une concertation en équipe multidisciplinaire;
- prévoir un enseignement adapté si nécessaire (par exemple, prévoir une place à l'avant de la classe pour un élève présentant des difficultés d'audition);
- rediriger à temps aux fins de traitement. En effet, un CLB ne peut prodiguer aucun traitement médical (aucune thérapie). Cet aspect relève de la compétence du médecin traitant ou, éventuellement, d'un spécialiste. Ce praticien se charge alors du traitement des problèmes médicaux.

Vaccination par le CLB: voir art. 11§3

Les pouvoirs publics flamands mènent des campagnes de vaccination afin de maintenir sous contrôle, voire éradiquer certaines maladies contagieuses. Dans ce cadre, les CLB jouent un rôle de premier plan. Ils examinent en effet l'ensemble de la jeunesse flamande.

Un CLB est donc bien placé pour:

- faire le point sur les vaccins des élèves accompagnés: quels vaccins ont-ils déjà reçus, lesquels sont manquants? (cf. schéma de vaccination flamand)
- vacciner gratuitement contre certaines maladies les élèves qui en ont besoin.

Maladies contagieuses et mesures prophylactiques: voir art. 11§3

En cas de maladies contagieuses chez les élèves ou le personnel enseignant, le CLB prend, en accord avec l'équipe chargée de la lutte contre les maladies infectieuses et les vaccinations de l'Agence Soins et Santé, des mesures en vue de prévenir la propagation de ces maladies, ce que l'on appelle des mesures prophylactiques.

Ces mesures sont une responsabilité conjointe de l'école et du CLB: les deux parties doivent en effet collaborer pour prévenir la propagation des maladies contagieuses.

Le CLB en tant que plaque tournante d'un réseau

Chaque enseignant a pour mission de détecter certains signaux et de les gérer de manière appropriée. Souvent, l'école peut déjà gérer elle-même ces signaux dans le cadre de son accompagnement des élèves. Mais les enseignants ne sont pas des thérapeutes. Une école peut avoir des doutes et se demander s'il n'est pas préférable de recourir à un accompagnement plus élaboré que ce qu'elle-même peut garantir. En pareil cas, l'école peut se tourner vers le CLB.

En collaboration avec l'école, le CLB tente alors d'y voir plus clair et examine l'opportunité de rediriger vers une aide plus professionnelle. Le décret octroie en effet au CLB le rôle important de plaque tournante entre l'enseignement, le secteur du bien-être et celui de la santé. Dans ce prolongement, les CLB constituent un réseau avec les services de la région qui peuvent proposer de l'aide aux jeunes.

b. pour les autres groupes :

Remarque préalable :

Kind & Gezin: cf. plus loin

Soins de santé en entreprise: cf. plus haut

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

➤ **Prévention et éducation à la santé à l'école :**

En 1992, la Flandre faisait partie des premiers pays à développer une méthodologie "école saine". Durant la période 2001-2006, le "Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie" (Institut flamand de la promotion de la santé - VIG) a renouvelé la méthodologie de l'"école saine". Dans ce renouvellement, la reconnaissance de la particularité de l'école et la proximité à l'égard du fonctionnement de l'école occupent un rôle central. L'accent est mis sur l'application des objectifs finaux dans le cursus et sur la construction progressive d'une politique scolaire en matière de santé.

VIGeZ est le centre d'expertise pour la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ils fournissent des stratégies, des avis, des méthodologies et du soutien aux professionnels (par exemple bouger sur le lieu de travail, manger sainement à l'école, cesser de fumer). Ils s'adressent à toute personne en charge de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Tant les praticiens que les décideurs politiques.

De cette manière, VIGeZ souhaite contribuer à une meilleure qualité de vie de l'ensemble des habitants de Flandre.

Spécifiquement pour les écoles, il existe le site internet www.gezondeschool.be. Le site fournit des conseils pour une politique scolaire en matière de santé, des méthodologies, des formations, des recyclages et du matériel didactique.

Chaque école en Flandre doit travailler sur le thème de la santé via les objectifs finaux.

Les objectifs finaux et les objectifs de développement (le cursus central) de l'enseignement primaire et secondaire comportent des objectifs finaux et des objectifs de développement en matière de santé. Pour donner une concrétisation de qualité à ces objectifs finaux / objectifs de développement, les écoles doivent mettre sur pied une politique de santé.

Pour l'enseignement primaire, les objectifs finaux / objectifs de développement sont définis notamment dans les cours d'ouverture sur le monde et d'éducation physique, qui englobent une éducation active à la santé.

- Enseignement maternel: objectifs de développement des jeunes enfants en matière de santé à l'école maternelle
- Enseignement primaire: objectifs de développement et objectifs finaux de l'enseignement primaire en matière de santé
- Enseignement primaire spécialisé: objectifs de développement en matière de santé dans l'enseignement primaire spécialisé, type d'enseignement 1.

Pour l'enseignement secondaire, nous retrouvons les objectifs finaux / objectifs de développement spécifiques à la santé dans les cours d'éducation physique et de sciences naturelles. Mais ce sont principalement les 3 premiers contextes des objectifs finaux interdisciplinaires (éducation physique et sécurité; santé mentale et développement socio-relational) qui déterminent le fonctionnement de la santé de l'enseignement secondaire.

- Enseignement secondaire: objectifs de développement et objectifs finaux spécifiques à l'école secondaire liés à la santé
- Enseignement secondaire: objectifs finaux interdisciplinaires (PIEDS)

Outre VIGeZ, il existe aussi d'autres organisations qui élaborent des méthodologies et proposent du soutien en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, notamment à l'école. Elles ont toutes des mandats de gestion en cours avec l'autorité flamande (plus

particulièrement avec l'Agence Soins et Santé) et se concentrent sur la réalisation des objectifs de santé.

En 2014, un appel a été lancé pour un mandat de gestion en tant qu'organisation partenaire pour le **tabac**, plus particulièrement pour la prévention du tabagisme, l'arrêt du tabac et la protection contre l'exposition à la fumée de tabac. Cette démarche a donné lieu à la création d'un consortium entre VIGEZ, l'Association contre le cancer, l'association flamande de santé respiratoire et l'association flamande "Kom op tegen kanker", où VIGEZ assure le secrétariat. Le mandat de gestion s'étend sur la période de 2016 à 2020 et comporte des initiatives en matière de **prévention du tabagisme** et d'arrêt du tabac par des tabacologues. Pour plus d'informations, consultez les sites internet de VIGEZ (vigez.be) et des membres du consortium.

Egalement en 2014, un appel a été lancé pour un mandat de gestion en tant qu'organisation partenaire pour **l'alcool, les drogues, et les médicaments psychoactives et autres addictions**. Sur la base de cet appel, un mandat de gestion a été conclu avec l'Association flamande contre l'alcool et autres problèmes de drogues (VAD), pour la période entre 2016 et 2020 inclus. Au fil des ans, VAD a développé une large gamme de méthodologies orientées vers différents publics cibles (notamment les écoles). Leur offre est disponible sur le site internet vad.be.

En outre, l'organisation de terrain De Sleutel, dont le mandat de gestion se termine fin 2016, propose une offre spécifique pour les enfants et les jeunes par le biais d'une **formation professionnelle en matière de prévention de la toxicomanie**. Ils ont une offre qui s'étend des enfants de l'école maternelle jusqu'aux écoliers du troisième degré. Leur offre est disponible sur le site internet <http://www.desleutel.be/professionals/preventieaanbodvoorleerkrachten>

Les **travailleurs en prévention des centres de santé mentale** sont reconnus comme organisations de terrain pour les thèmes tabac, alcool, drogues (TAD) et la prévention du suicide. Ils apportent un soutien en matière de TAD et de prévention du suicide dans différents secteurs (travail, enseignement, loisirs, ...).

Depuis 2013, le centre d'expertise flamand de **prévention du suicide (VLESP)** est agréé comme organisation partenaire en matière de prévention du suicide. De plus, l'organisation de terrain qu'est le Centre de prévention du suicide propose une offre de télé-accueil accessible à tous (ligne suicide); l'organisation flamande "Zorg voor pogers" propose une aide aux adultes et aux jeunes qui ont commis une tentative de suicide. L'organisation de terrain "Werkgroep verder", propose une aide aux proches de personnes décédées par un suicide. Des informations complémentaires et un aperçu des méthodologies développées dans le cadre du plan d'action flamand de prévention du suicide sont disponibles sur le portail Zelfmoord1813.

Pour **l'alimentation et le mouvement**, plusieurs organisations partenaires sont pertinentes pour le domaine de l'enseignement:

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

- VIGEZ (méthodologies de promotion de la santé) – Cf. <http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging>
- "Eetexpert" (soutien des intermédiaires tels que CLB en matière de problèmes de nutrition et de poids, mais aussi formations d'enseignants, bien que pour ce dernier point, pas avec nos moyens).
- Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ - soutien CLB)

Un aperçu de tous les projets, y compris ceux pour l'enseignement dans le thème alimentation et mouvement se trouve sur <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventief-gezondheidsbeleid>.

Pour les méthodologies développées par VIGEZ:

Sensoa est une organisation d'expertise en matière de **santé sexuelle**. Un mandat de gestion a été conclu avec cette organisation pour la période 2016-2020. Le mandat de gestion englobe différentes initiatives à destination de tous, mais s'adresse principalement à des groupes cibles, comme les enfants et adolescents, les migrants fragilisés, les adultes, les homosexuels et les personnes atteintes du VIH. Pour des informations plus concrètes et actualisées sur les initiatives de cette organisation partenaire, vous pouvez consulter les sites internet sensoa.be, allesoverseks.be, seksualiteit.be, seksuelevorming.be, proposés par Sensoa.

➤ **Dépistage du cancer : information et sensibilisation**

Le site internet bevolkingsonderzoek.be propose une rubrique actualités avec un aperçu des campagnes et des communiqués de presse des deux dernières années. Ces campagnes sont principalement centrées autour des mois thématiques internationaux, à savoir mars (cancer du côlon), mai (cancer du col de l'utérus) et octobre (cancer du sein). Les messages dans les services publics de radio-télédiffusion sont une manière d'attirer l'attention sur le dépistage du cancer.

Depuis mai 2016, chaque Flamand peut contrôler, par voie électronique, quand il peut se faire dépister et quels étaient les résultats des dépistages précédents. 3.252.715 Flamands ont désormais accès à leurs données de dépistage depuis leur ordinateur. Ces données peuvent être consultées via "Patiënt HealthViewer", une application gratuite des mutualités.

1.1.2. Communauté germanophone

En 2010, le Ministère de la Communauté germanophone a lancé une large campagne de sensibilisation pour la prévention et la prise en charge du tabagisme. Dans ce cadre, des séances d'information destinées au grand public ont été organisées. Durant ces séances, la population a, entre autres, été informée des remboursements prévus lors de sevrage tabagique chez un tabacologue ou un médecin généraliste.

La campagne visait également les professionnels de santé (médecins, infirmières,..) dans 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 2016, l'ASL a intégré des mesures relatives aux programmes pour stopper de fumer dans leur activités. En collaboration avec des hôpitaux et des écoles, des consultations anti-tabac sont organisées;

En matière d'éducation sexuelle, le service Kaleido-DG (créé en 2014, ancien «Dienst für Kind und Familie» (ONE germanophone), qui s'occupe du développement sain des enfants et adolescents de 0-20 ans, coordonne les animations annuelles dans toutes les classes du 3ème secondaires de la CG. Ils ont permis de continuer à toucher l'ensemble des élèves. De nouveaux partenaires sont venus renforcer l'équipe d'animateurs existante. Une campagne de sensibilisation a lieu chaque année à l'occasion du jour mondial du Sida.

Suite à l'évaluation des animations en hygiène bucco-dentaire en 2010, un nouveau programme a vu le jour reprenant deux animations par an pour tous les enfants de 2ème et 3ème maternelle ainsi que les enfants de 1ère et 2ème primaire de toutes les écoles en CG. La réalisation pratique de ce programme a été repris par le service Kaleido-DG.

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 autour de la thématique. Ce programme est évalué annuellement et rencontre beaucoup de succès.

Le programme Tutti Frutti est aussi un projet scolaire, qui est organisé par le service Kaleido-DG Des producteurs de fruits locaux livrent une fois par semaine un fruit de saison (15 fruits différents par an pour le prix de 10,50€ à 15 € en fonction du fournisseur par enfant) aux classes participantes. Le projet est évalué chaque année et existe depuis 2006. Les consultations de nourrissons pour les enfants de 0 – 3 ans sont réalisées par le service Kaleido-DG et permettent de dépister des maladies ainsi que des retards développementales pour la population cible. Les BMI des enfants de deux ans sont systématiquement évalués. En cas de surpoids, des mesures adaptées à chaque famille accompagnée sont prises (entretiens, bilan médicale ...).

Le service Kaleido-DG réalise également les consultation de médecine scolaire (y compris la mesure du BMI). Depuis 2012, un dossier médical commun existe pour les consultations de nourrissons et les consultations de médecine scolaire ce qui permet une communication continue ainsi qu'une bonne poursuite médicale des enfants.

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 (de 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 Mammostest. 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. La mise en œuvre pratique du programme de dépistage est réalisé par le CCR en collaboration avec la DG. Depuis 2012 ce programme de dépistage n' a pas changé.

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 (de façon personnalisée) à se rendre chez leur médecin généraliste pour participer au dépistage du cancer colorectal tous les 2 ans. Le test iFOBT est gratuit pour les patients entre 50 et 74 ans. La mise en œuvre pratique du programme de dépistage est réalisé par le CCR en collaboration avec la DG. 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. A partir de juin 2016, l' Hemocult® est remplacé par l' iFOBT, un test immunologiques avec une meilleure qualité. Avec la mise en œuvre de ce test la CG espère aussi, d' avoir un plus grand nombre de participants.

Paragraphe 3 – Prévention des maladies

1. Evolutions depuis le dernier rapport

Le health performance report ainsi que le health systems review (KCE) sont à consulter (https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259B_rapportperformance2015.pdf).

Et voir réponse ci-dessous

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Niveau fédéral

Tabac

En matière de tabac, il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés, la vente de tabac est interdite au moins de 16 ans (article 6 de la loi du 24 janvier 77 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits) et interdite par internet (article 13 de l'arrêté royal du 5 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits du tabac). La publicité ou la promotion directe ou indirecte pour les produits du tabac est interdite à l'exception de l'affichage de la marque dans les librairies et les magasins de tabac (article 7 de la loi du 24 janvier 77 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits). Par ailleurs, la Belgique applique l'ensemble des dispositions européennes en matière d'étiquetage et de réglementation des ingrédients (directive 2014/40/UE transposé dans l'arrêté royal du 5 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits du tabac).

Alcool

Concernant l'alcool, la vente de bière et vin est interdite au moins de 16 ans et la vente d'alcool fort (spiritueux) est interdite au moins de 18 ans (article 6 de la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits). La tendance de consommation est stable depuis 2000 (environ 11 litre d'alcool pur par 15ans+).

Vaccination et surveillance épidémiologique

Pour la couverture vaccinale, les derniers chiffres sont les suivants :

Name	2015 Number of Live Births	Percentage coverage (number of doses administered divided by number in target group times 100)							
		BCG %	HepB Birth Dose	DTP1 %	DPT3 %	Polio 3 (OPV/IP V) %	HepB 3 %	MCV1 %	MCV2 %
Bruxelles-Brussel		NR	NR	99.6	98.7	98.7	96.3	94.1	75.5
Region wallonne		NR	NR	99.6	98.9	99.1	98.2	95.6	75.5
Vlaams Gewest		NR	NR	99.5	98.7	98.9	98.5	96.6	92.5

Accidents

L'accord gouvernemental prévoit que d'ici 2020, le nombre de tués dans des accidents de la circulation routière doit diminuer de moitié par rapport à 2010 (840 tués en 2010 contre 715 en 2014). Au niveau fédéral, des Etats généraux de la Sécurité routière ont eu lieu en mai 2011.

De nouveaux Etats Généraux ont été organisés en décembre 2015 à l'occasion desquels a été réalisée une évaluation des mesures prises entre 2011 et 2015, conformément aux recommandations émises en 2011 par la Commission Fédérale Sécurité Routière (CFSR) afin de diminuer le nombre de blessés et tués sur les routes belges.

- Dans le domaine de la formation à la conduite et l'examen de conduite : dans le cadre de la réforme du permis moto, il a été tenu compte de la matrice Goals for Driver Education (GDE) qui est une approche hiérarchique qui permet de structurer et comprendre les compétences nécessaires pour conduire en sécurité. L'accès aux différentes catégories de permis se fait par paliers de telle sorte qu'un candidat ne peut obtenir un permis provisoire qu'après avoir suivi une formation à la conduite pratique et réussi un examen pratique. La mise en œuvre de la GDE pour les autres catégories de véhicules est en voie de préparation au niveau des Régions ;
- Pour apprendre à se déplacer en sécurité dès le plus jeune âge, de nombreux projets ont été menés dans les écoles primaires et secondaires qui s'adressent tant aux enfants qu'aux enseignants et parents d'enfants ;
- Afin de sensibiliser, des stratégies de sensibilisation ciblées destinées à des groupes cibles spécifiques ont été développées et visent spécialement les usagers les plus vulnérables (motos, piétons, ceinture de sécurité). Des initiatives ont été prises afin de former de manière continue des groupes cibles comme les motocyclistes, par exemple.
- Un plan d'action a été établi en 2013 afin que les entreprises intègrent de manière structurelle la sécurité routière dans leur politique de prévention notamment afin de diminuer l'implication des poids lourds dans les accidents de la route. En outre, depuis 2005, le Service Public Fédéral Mobilité et Transports réalise, tous les trois ans, une enquête obligatoire sur les déplacements domicile-travail auprès des entreprises qui reçoivent, ensuite, un rapport contenant des bonnes pratiques ;
- L'aménagement, par les gestionnaires de la voirie, de nombreuses voies tenant compte des piétons et cyclistes en vue de réduire de manière durable le risque d'accident ainsi que

l'aménagement des voies en tenant compte de la spécificité des motos (glissières adaptées, marquages qui ne glissent pas) ;

- Des mesures visant à améliorer l'équipement de sécurité des poids lourds et des camionnettes ont été adoptées au niveau international. Les véhicules circulant sur nos routes sont ainsi mieux équipés (pression des pneus, systèmes de freinage d'urgence avancés, système électronique de la gestion de la stabilité et système d'avertissement en cas de déviation de la bande de circulation ...) ;

- La mise en œuvre d'un plan visant à promouvoir le système d'adaptation intelligente de la vitesse (ISA) afin de mieux maîtriser la vitesse en fonction de l'environnement routier ;

- L'utilisation de technologies modernes afin de mieux gérer les chantiers routiers et éviter ainsi des accidents avec une attention particulière pour les camions ;

- Un système de récidive plus sévère : depuis le 1^{er} janvier 2015, la loi a élargi le champ d'application de la récidive en permettant de punir une combinaison d'infractions graves (par exemple alcool et vitesse). Auparavant, seule la répétition d'une même infraction pouvait être prise en considération pour l'application de la récidive ;

- Le nombre de contrôles et de radars a augmenté : les caméras fixes et radars modernes permettent d'effectuer beaucoup plus de contrôles vitesse et de contrôles concernant le respect des feux. Il y a également des contrôles de trajet qui donnent des résultats très positifs ;

- Le développement de mesures éducatives pénales pour les délinquants routiers : un plan d'action a été établi en 2013 qui prévoit des actions visant à développer et à diversifier ces mesures (telles des formations à l'intention des délinquants routiers) et à mettre en place un système de garantie et de contrôle de la qualité. La Belgique a été l'un des premiers en Europe à instaurer un cadre légal pour l'éthylotest antidémarrage (loi du 12 juillet 2009) assorti d'un programme d'encadrement en la matière. Le juge peut ainsi décider qu'une personne condamnée pour conduite en état d'ivresse soit réintégrée plus rapidement dans le droit de conduire à condition que son véhicule soit équipé d'un appareil dans lequel il faut à chaque fois souffler avant de pouvoir démarrer. Le cadre légal est actuellement en cours d'optimisation ;

- Afin de permettre l'identification des conducteurs de cyclomoteurs et de mieux les contrôler, l'immatriculation de ces véhicules a été instaurée;

- Des traités bilatéraux ont été conclus avec la France et les Pays-Bas qui permettent l'échange transfrontalier automatique de données entre la Belgique et ces pays pour toutes les infractions routières, de telle sorte que les conducteurs français et hollandais qui commettent des infractions en Belgique ne restent pas impunis et vice-versa.

- Des mesures ont été prises afin de pouvoir traiter plus rapidement certaines infractions en vue de poursuivre et de sanctionner plus efficacement les infractions routières (par exemple, la perception immédiate étendue à certaines infractions en matière d'alcool) ;

- Des mesures ont été prises afin d'optimiser la qualité des statistiques des accidents de la route (ce qui permet de détecter plus rapidement et efficacement les causes des accidents et donc de prendre les mesures nécessaires pour les éviter) : adaptation du formulaire de déclaration d'accidents de la circulation, analyse de la qualité des statistiques d'accidents notamment en comparant les données relatives aux victimes de la route dont dispose la police avec celles des hôpitaux ;

- Le SPF Mobilité et Transports prépare un cadre légal pour des études approfondies sur les causes des accidents de la route (il s'agit d'étudier scientifiquement les causes au niveau de l'infrastructure,

des aspects techniques des véhicules, des comportements, en dehors de toute question de culpabilité judiciaire).

Plus d'informations sont disponibles sur le site des Etats généraux de la Sécurité routière <http://egsr2015.be>

2.2. Entités fédérées

2.2.1. Autorité flamande

Domaine Emploi, Santé publique et Famille (en concordance avec le domaine Environnement, Nature et Energie)

Environnement sain

Pollution environnementale causée par des établissements incommodes

La protection de l'environnement est une compétence régionale en Belgique. En Flandre, la base légale pour la lutte contre la pollution environnementale causée par des établissements incommodes est fournie par VLAREM I, VLAREM II et VLAREM III, arrêtés d'exécution du décret du 28 juin 1985 relatif à l'autorisation anti-pollution. L'arrêté du gouvernement flamand fixant le règlement flamand en matière d'autorisation anti-pollution, VLAREM I, date du 6 février 1991 et a été adapté à plusieurs reprises depuis lors. VLAREM II est l'arrêté du gouvernement flamand du 1er juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène environnementale. VLAREM II a également déjà été adapté à plusieurs reprises. VLAREM III est l'arrêté du gouvernement flamand du 16 mai 2014 fixant des conditions environnementales générales et sectorielles supplémentaires pour les installations IPPC et est actualisé à chaque fois que sont publiées de nouvelles conclusions européennes sur les MTD. Les textes intégraux, tant du Décret Autorisation anti-pollution que du VLAREM I, II et III, peuvent être consultés ou téléchargés via l'url suivante : <http://www.lne.be/themas/vergunningen/regelgeving>.

Le 23 février 2017, le décret du 25 avril 2014 relatif au permis d'environnement et l'arrêté entreront en vigueur. Ce décret et cet arrêté qui remplacent l'actuel décret Autorisation anti-pollution et VLAREM I réforment en profondeur le paysage des permis pour les entrepreneurs en Flandre. Les entrepreneurs qui veulent démarrer des activités industrielles ou artisanales ne devront plus passer par toutes les étapes pour obtenir un permis d'urbanisme et un permis environnemental, une seule procédure suffira pour obtenir un permis d'environnement. Outre le gain de temps qui est visé par l'intégration des différentes procédures existantes, le permis d'environnement se voit ainsi doté d'un cadre permanent. Une concertation préalable plus structurelle et une numérisation poussée présentent des avantages supplémentaires dans le processus d'autorisation. Un certain nombre d'aspects de santé particuliers dans ce processus font l'objet d'un avis de l'Agence Soins et Santé. Les autres avis qui sont également fournis dans le processus d'autorisation ont notamment pour objectif de veiller à ce que l'impact sur la santé des personnes soit acceptable.

La réforme précitée est de nature procédurale. Les dispositions de fond sont maintenues :

Au niveau décrétoal, elles sont désormais contenues, pour ce qui concerne l'aspect environnemental, dans le nouveau Titre V du DABM (décret du 5 avril 1995 contenant des dispositions générales concernant la politique de l'environnement). Le Décret Autorisation anti-pollution sera abrogé.

VLAREM II et III sont maintenus et complétés avec la liste de classification et les dispositions de procédure en matière d'évaluations.

A l'occasion de l'introduction du permis d'environnement, l'objectif du nouveau titre V du DABM est formulé comme suit :

Le présent titre a pour but de protéger l'homme et l'environnement contre les risques et nuisances inacceptables découlant de l'exploitation d'établissements ou activités classés

Les nuisances et risques comprennent :

a) les nuisances et les risques découlant de l'introduction directe ou indirecte de poussières, vibrations, chaleur, lumière ou bruits dans l'air, l'eau ou le sol, de nature à porter atteinte à la santé humaine ou à la qualité de l'environnement ;

b) les risques d'accident découlant de l'exploitation et leurs conséquences pour la santé humaine et l'environnement ;

c) les risques et les nuisances découlant de l'épuisement des ressources renouvelables et non renouvelables, le gaspillage de matériaux et d'énergie en général et les effets nocifs pour l'homme et l'environnement, liés à l'utilisation et la consommation de matériaux ;

d) les entraves à la mobilité.

Tant dans le cadre législatif (VLAREM ou à l'avenir le permis d'environnement) que dans le processus individuel de permis environnementaux, les mesures de prévention et de protection nécessaires sont prises afin de mettre en place une politique de santé.

Quelques exemples:

- l'obligation de permis qui requiert, préalablement au démarrage d'un établissement incommode, un permis qui ne peut être délivré que si les risques et nuisances causés par l'établissement incommode sont limités à un niveau acceptable pour l'homme et l'environnement;
- les conditions environnementales comprenant des mesures de prévention et de protection concernant le bruit, la pollution de l'air et de l'eau (tant dans la réglementation que dans les permis environnement individuels);
- le rapport effets sur l'environnement d'un projet : il s'agit d'un rapport étudiant et évaluant de manière scientifiquement étayée les conséquences d'un projet pour l'environnement. Les effets sur les personnes et les enfants sont aussi évalués;
- le rapport de sécurité sur un projet : il s'agit d'un rapport établi en vue de la maîtrise des dangers et des risques d'accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. On tient également compte ici des risques pour les groupes vulnérables;
- sécurité dans les piscines;
- dispositions relatives à la maîtrise de l'amiante;
- ...

Réseau d'expertise médico-environnementale

Une des tâches de l'Agence consiste à élaborer, piloter et mettre en place une politique préventive de santé environnementale. 'Prévention, détection précoce des dommages pour la santé et intervention' : il s'agit là d'un processus majeur visant à contribuer à une amélioration de la santé et à une prévention des maladies ⁴ auprès de la population en général et chez les groupes cibles spécifiques. Ce par le biais de l'éducation, de mesures structurelles, de soins et d'accompagnement, directement à l'égard du groupe cible ou via des intermédiaires pertinents, en vue de réaliser les priorités politiques et les objectifs de santé de la politique de santé préventive flamande (les soins de santé préventifs et la politique à facettes).

Pour l'aspect soins de santé environnementale, on travaille sur le fond via des programmes de prévention et de politique afin d'arriver à un environnement plus sain et/ou de limiter les effets des facteurs environnementaux sur la santé. Spécifiquement pour les programmes de prévention 'Hotspotwerking Milieu-Gezondheid', 'Gezondheidsimpact mobiliteit' et 'Binnenmilieu gerelateerde gezondheidswinst', de même que pour le programme 'Risikoanalyse', on collabore intensivement avec d'autres partenaires (publics) au sein du Réseau flamand d'expertise médico-environnementale.

Le Réseau flamand d'expertise médico-environnementale

Pour les soins de santé environnementale, l'Agence Soins et Santé offre un soutien et un pilotage ⁵ aux experts en santé environnementale (MMK) des Logos⁶ afin d'encourager et de soutenir le fonctionnement local des organisations de prévention et des professionnels de la santé: ceci est **l'échelon 1** du Réseau flamand d'expertise médico-environnementale. On prévient les problèmes de santé environnementale locaux et supralocaux (y compris l'anxiété), on les détecte précocement et on y remédie. La prévention des problèmes de santé environnementale est stimulée en favorisant l'autonomie des pouvoirs locaux et des professionnels des soins de première ligne (**échelon 0**). On peut de cette manière éviter les problèmes de santé environnementale locaux en les situant dans leur juste contexte de santé. Les pouvoirs locaux et les professionnels des soins de santé sont accompagnés pour apprendre à reconnaître les signaux des problèmes de santé environnementale locaux. Une détection précoce peut empêcher que la problématique ne prenne des dimensions démesurées dans le public. Grâce au réseau que l'expert en santé environnementale a développé avec ses partenaires locaux, il a une vue d'ensemble des problématiques locales dans sa région. L'expert en santé environnementale peut décider de signaler la problématique aux responsables politiques flamands (**échelon 2**) s'il estime que l'attention d'un échelon supérieur du réseau d'expertise médico-environnementale est nécessaire pour cette problématique. L'expert en santé environnementale soutient les pouvoirs locaux et les professionnels des soins de santé lorsqu'ils anticipent des problèmes de santé environnementale locaux ou lorsqu'ils s'y attaquent. Si une remédiation est nécessaire, l'expert en santé environnementale soutient le pouvoir local en étroite

⁴ cf. le décret du 21 novembre 2013 relatif à la politique de santé préventive La promotion de la santé et la prévention des maladies comprend la prévention et la détection précoce mais aussi l'intervention précoce qui s'y rapporte (la détection précoce et l'intervention précoce sont des composantes de ce que l'on appelle 'les soins et l'accompagnement'). La prévention tertiaire (éviter une dégradation de la maladie et réduire les effets d'une maladie chez les patients) est en fait une composante du traitement et n'est généralement pas rangée dans la politique de santé préventive. En revanche, la limitation des dommages (harm reduction) est bien comprise dans la politique de santé préventive. Dans le cadre de la 'harm reduction', les initiatives visent à réduire les effets négatifs (dommage) pour le groupe cible, leur entourage ou la société sans pour autant que le succès des initiatives ne dépende nécessairement de la réduction du risque lui-même (par exemple, application de mesures de limitation de l'exposition, comportement à risque, facteur de risque).

⁵ cf. les tâches confiées dans l'arrêté Logo (cf. note de bas de page 4) : art.17

⁶ Logo : l'arrêté du gouvernement flamand du 30 janvier 2009 concernant les Logos et l'arrêté du gouvernement flamand modifiant l'arrêté du gouvernement flamand du 30 janvier 2009 concernant les Logos (<http://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1017703¶m=inhoud&ref=search>)

collaboration avec la politique de santé environnementale flamande et plus largement avec la politique de l'environnement, de l'espace et de l'enseignement.

Pour l'expertise scientifique et politique 'state of the art', il est fait appel à des groupes de recherche universitaires et à des instituts scientifiques (au sens large): **échelon 3** du réseau.

Le deuxième échelon du réseau d'expertise médico-environnementale se compose du Service Environnement & Santé du département Environnement, Nature et Energie (LNE – www.milieugezondheid.lne.be) et de l'équipe Soins de santé environnementale de l'Agence Soins et Santé. Le service Environnement & Santé (LNE) se concentre sur la recherche scientifique nécessaire en appui de la politique. Voici quelques thèmes traités : la politique des produits, construire sainement, les rayonnements non ionisants, adaptation au changement climatique, REACH avec une attention particulière pour les composés chlorés et les substances perturbatrices des hormones, les nanoparticules, le lien avec la politique énergétique, ...

L'équipe Soins de santé environnementale de l'Agence Soins et Santé s'occupe de la politique préventive en matière de santé environnementale. Nous distinguons ici 3 aspects : promotion de la santé, protection de la santé et prévention des maladies. Ces aspects sont développés dans différents domaines (enseignement, mobilité, environnement, nature, ...), c'est ce que l'on appelle la politique à facettes. Outre le thème 'analyse des risques', on travaille sur 5 programmes de prévention :

- gain de santé en relation avec l'environnement intérieur
- eau potable sûre et saine
- fonctionnement hot spot Santé environnementale
- récréation aquatique sûre et saine
- impact de la mobilité sur la santé

En outre, on travaille sur certains thèmes médico-environnementaux ayant un grand impact sociétal, par exemple la chaleur et l'ozone, les vecteurs biologiques (tiques, moustiques exotiques, ...), législation sur les pompes funèbres, le pollen (www.airallergy.be).

L'expertise théorique et d'exécution au sein du 3^{ème} échelon se trouvait jusqu'à fin 2015 aux mains du point d'appui 'Milieu en Gezondheid (Environnement et santé) – un consortium de 5 universités flamandes, du VITO et de l'Institut provincial d'hygiène d'Anvers'. Il s'agit de rassembler les connaissances et l'expertise en matière d'environnement et de santé, d'éviter que celles-ci ne s'éparpillent et ne se perdent et de les mettre au maximum à disposition.

La note 'recherche pertinente pour la politique' a permis de responsabiliser les domaines afin qu'ils fassent - avec leurs moyens propres - eux-mêmes des choix et qu'ils prennent des initiatives en matière de recherche (scientifique) pertinente pour la politique. Le 1er janvier 2016, le Gouvernement flamand a, à l'initiative du Ministre flamand, compétent pour l'environnement et la politique aquatique, en accord avec le Ministre de l'Action sociale, de la Santé publique et de la Famille, conclu un contrat de gestion devant déboucher sur un nouveau point d'appui (4^{ème} génération). L'accent est mis ici sur la poursuite et l'optimalisation scientifique du projet flamand de biomonitoring humain - biomonitoring de référence flamand.

Programme flamand de biomonitoring humain et traduction politique des résultats

Fin 2006, le premier cycle du programme flamand de biomonitoring humain (2002-2006) s'est terminé. Le biomonitoring humain consiste à mesurer la présence (biomarqueurs d'exposition) et les effets sur la santé (biomarqueurs d'effets) de polluants dans l'être humain. Le biomonitoring humain est un instrument important pour définir une politique de santé environnementale préventive et curative et pour en assurer le suivi.

Dans le cadre du premier programme de biomonitoring humain, on a opéré des recrutements systématiques dans différentes zones d'attention en Flandre, typées par une pression spécifique sur l'environnement (par exemple, agglomérations urbaines, zones portuaires, zones industrielles, zones rurales, ...). Les biomarqueurs d'exposition et d'effets ont été mesurés dans le sang du cordon ombilical et dans les échantillons de sang et d'urine de jeunes et d'adultes. Les teneurs mesurées en polluants dans les échantillons de sang et d'urine se situaient généralement en deçà des normes ou des valeurs indicatives actuelles. Mais on a trouvé des différences individuelles importantes dans les teneurs mesurées. Une comparaison avec des données provenant d'études antérieures et avec des données étrangères n'a montré nulle part des valeurs moyennes anormalement élevées pour la Flandre.

Les données de biomonitoring humain sont, contrairement aux données de mesurage environnementales, difficiles à traduire directement en mesures concrètes en raison de l'interaction entre les facteurs environnementaux externes et les caractéristiques liées aux personnes comme le style de vie, les hobbies, les conditions de logement, ... L'utilisation des résultats du biomonitoring humain requiert donc pas mal de connaissances et de discussions supplémentaires. Dans ce cadre, un "plan en phases" a été élaboré pour pouvoir utiliser correctement la grande diversité et complexité des données de biomonitoring désormais disponibles. Cela doit également permettre d'évaluer la gravité sur le plan de la santé des signaux perçus, d'en détecter les causes et si nécessaire de préparer une proposition de stratégie.

Le plan en phases a été appliqué comme projet pilote sur les teneurs accrues en DDE constatées pour les 3 groupes d'âge dans les zones rurales et dans la zone industrielle du Canal Albert. Sur la base du plan en phases DDE, des mesures concrètes ont été élaborées et mises en place comme la poursuite de la recherche sur la voie d'absorption actuelle et historique du DDT en Flandre et une action de sensibilisation et de collecte des pesticides dans le cadre de la campagne "zonder is gezonder" (sans, c'est plus sain). Les actions ont été menées par un partenariat se composant du département LNE, de la Vlaamse Milieumaatschappij (VMM), de la Openbare Vlaamse Afvalstoffenmaatschappij (OVAM), de l'Agence Soins et Santé (Surveillance santé publique) et des experts en santé environnementale dans les LOGO.

En janvier 2007, le plan en phases intégré a démarré pour les autres polluants du premier cycle de biomonitoring humain (2002-2006). Avec les pouvoirs publics, les experts en la matière et un jury composé notamment de groupes émanant de la société ont examiné pour quels polluants le plan en phases devait être mis en œuvre. Les deux ministres compétents ont approuvé les études de cas suivantes comme étant prioritaires pour un suivi: 'dioxines, PCB et HCB dans les zones rurales' et 'asthme à Gand et à Anvers'. Un plan d'action a été mis au point en 2008 pour les deux études de cas soumis aux deux Ministres compétents pour approbation.

Début 2007, le Steunpunt Milieu en Gezondheid (point d'appui Santé et environnement) deuxième génération a démarré; il a fait des recherches sur l'environnement et la santé jusqu'en 2011. Le programme de biomonitoring humain est une composante importante de cette recherche. Le nouveau programme de biomonitoring a été élaboré dans le courant de l'année 2007; il poursuit les objectifs suivants : (i) établir une base de référence de pour la présence de polluants au sein de la population flamande, y compris pour le groupe sensible des enfants et (ii) assurer le monitoring de

"hot spots" (zones à risque encore à déterminer). Pour déterminer la base de référence, on propose d'échantillonner trois groupes d'âge (nouveau-nés, jeunes et adultes) dans toutes les provinces flamandes avec une attention particulière pour les nouvelles substances qui se sont retrouvées dans l'environnement au cours des dernières décennies et pour lesquelles on dispose de peu de données d'exposition humaine. Pour la sélection des "hot spots", on a mis en place en 2007 une procédure transparente et délibérative associant également des groupes de la société.

Outre l'aspect "monitoring pur", le programme de biomonitoring permet de répondre à certaines questions de recherche et d'augmenter notre connaissance. Il combine donc des aspects de surveillance et de recherche, ces derniers dans une série de recherches plus fines portant sur la poussière fine et les perturbateurs hormonaux.

Le nouveau point d'appui de 4^{ème} génération (2016-2020) se concentrera d'une part sur une poursuite de ce biomonitoring de référence et s'occupera d'autre part de l'étalement scientifique de nouveaux besoins. Concrètement, une nouvelle prise d'échantillons est organisée auprès de 600 jeunes afin d'assurer le suivi d'une tendance temporelle des polluants et de faire des recherches sur de nouveaux polluants. Ce point d'appui s'intéresse à la santé et l'espace, l'éco-comportement et l'exposition, le suivi des tendances temporelles pour les polluants monitorés HBM et les 'emerging chemicals'.

Avec le soutien de l'organisation partenaire Milieugezondheidszorg (2016-2020), ceci sera complété par un biomonitoring axé sur les risques dans des cas "hot spots" spécifiques de santé environnementale. Pour l'instant, trois initiatives de bio-surveillance sont en cours: Genk-sud (zone industrielle proche d'habitations), zone du Canal à Gand (zone industrielle proche d'habitations) et Hoboken (métallurgie). Pour chaque projet, un plan par phases est prévu en soutien de l'autorité locale pour mettre en place des plans d'action et une communication spécifique sur les risques.

Pollution de l'air :

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

Pollution de l'eau :

A la suite de la directive du Conseil du 12 décembre 1991 (91/676/CEE) concernant la protection des eaux contre la **pollution par les nitrates à partir de sources agricoles**, le Mestactieplan (plan lisier) a été mis en place en Flandre. La surveillance de sa mise en œuvre est confiée à la division Mestbank de la Vlaamse Landmaatschappij, une composante du domaine Environnement. Le premier décret lisier du 23 janvier 1991 relatif à la protection de l'environnement contre la pollution due aux engrais concernait les années 1991 à 2006. A partir du 1er janvier 2007, ce décret a été remplacé par le décret du 22 décembre 2006 concernant la protection des eaux contre la pollution par les nitrates à partir de sources agricoles. Ce dernier décret répond à toutes les dispositions de la directive nitrates et de ce fait, la Flandre est tout à fait en conformité avec cette directive. Ces décrets, de même que les arrêtés d'exécution, peuvent être consultés sur le site web de la Vlaamse Landmaatschappij :

<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 établir tous les 4 ans un rapport relatif à la mise en œuvre et l'état d'avancement de cette directive. Ce rapport a été transmis à la Commission européenne en 2008 pour la période 2003-2007.

Autres législations européennes régulant la pollution des eaux :

- Directive eaux usées urbaines - transposée en législation flamande via VLAREM
- Directive-cadre sur l'eau et les directives filles Normes de qualité environnementale dans le milieu aquatique (publication au Journal officiel attendue dans les prochains jours) et la directive eaux souterraines.

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

- Directive eau potable
- Directive eau de baignade

Cette législation européenne a été entièrement transposée en législation flamande (décrets et arrêtés) notamment dans :

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

Avec la VMM, l'équipe Soins de santé environnementale de l'Agence Soins et Santé contrôle la qualité des **eaux de baignade et de récréation** à ciel ouvert. L'équipe s'occupe également de surveiller la maîtrise de la légionnelle et impose aux gestionnaires de systèmes "produisant un aérosol" auxquels les citoyens sont exposés dans des endroits accessibles au public de prendre des mesures de prévention de la maladie du légionnaire pour le public.

Pollution du sol :

L'équipe Soins de santé environnementale de l'Agence Soins et santé donne des avis sur le plan de la santé sur les demandes de permis d'environnement dans le cadre du VLAREM (*L'arrêté du gouvernement flamand du 6 février 1991 fixant le règlement flamand relatif à l'autorisation écologique ou VLAREM I; L'arrêté du gouvernement flamand du 1er juin 1995 fixant les dispositions générales et sectorielles en matière d'hygiène de l'environnement ou VLAREM II*);

En 2009, le groupe directeur "leefmilieukwaliteit Genk-zuid" a été créé; deux groupes de travail (environnement et santé) y sont rattachés. Ce groupe directeur suit les évolutions dans la région sur le plan environnemental et sur le plan de la santé et définit la politique. Ce groupe directeur et les groupes de travail sont encore actifs.

En 2014, tous les acteurs locaux et supralocaux ont signé conjointement une déclaration d'engagement pour donner forme à un plan d'action en matière de santé et d'environnement - *le E-missieplan*. Dans ce contexte, un nouveau projet de biomonitoring a été lancé, notamment en vue de surveiller la mise en œuvre du plan d'action chez l'être humain.

Il a été décidé d'aborder le volet médico-environnemental de 2 manières :

Avec le décret du 27 octobre 2006 relatif à l'assainissement du sol et à la protection du sol (le Décret sol) et le nouvel arrêté d'exécution du 14 décembre 2007 (VLAREBO), on a créé un nouveau cadre pour la gestion des sols qui a aussi un impact sur les eaux souterraines. La nouvelle réglementation rendra la prévention de la pollution des sols plus efficace, intégrera mieux l'approche de la pollution dans les processus d'exploitation et remédiera à un certain nombre de points problématiques de l'ancienne réglementation.

Ainsi, il y a de nouvelles directives en matière de gestion des risques et un chapitre consacré aux sols des cours d'eau et à la protection du sol.

Le décret du 27 octobre 2006 relatif à l'assainissement du sol et à la protection du sol offre un cadre pour un certain nombre de mesures de prévention et de protection relatives à *l'amiante*. Dans la procédure standard pour l'examen d'orientation du sol, l'amiante doit être pris en compte comme étant une substance potentiellement suspecte. Les résultats de ces examens sont repris dans le registre d'informations sur les terrains de l'OVAM et ils se traduisent par une attestation de non-pollution du sol. Dans le cadre du régime des terrassements, l'amiante dans les terrains suspectés de contenir de l'amiante doit être pris en compte dans le rapport technique des terres. La réutilisation de terres contenant de l'amiante n'est autorisée (après nettoyage ou non) que pour des concentrations égales ou inférieures à 100mg/kg.ds (pondéré).

Dans la région Kapelle-op-den-Bos et Willebroek, on a beaucoup utilisé par le passé les déchets de production d'amiante provenant des anciennes usines de traitement de l'amiante comme matériau de revêtement pour les allées, les accotements, les tracés de conduites utilitaires, les puits, les digues, les fonds de cours d'eau, les chemins de campagne, ... Même si cette pratique a pris fin avant l'interdiction de la production d'amiante-ciment en 1998, les déchets de la production d'amiante sont encore largement présents dans cette région. Au cours de la période 2004-2011, l'OVAM a mené deux grands projets pour les copeaux provenant de la production de tuyaux en amiante-ciment dans 19 communes autour de Kapelle-op-den-Bos et Willebroek. Les habitants mais aussi les communes ou les entreprises pouvaient sur base volontaire signaler la suspicion de la présence de tels copeaux d'amiante-ciment après quoi l'OVAM examinait et assainissait d'office ces terrains. Initialement, les terrains avec des panneaux en amiante-ciment n'entraient pas dans le cadre du projet. Ces signalements n'entraient donc pas en ligne de compte pour un examen plus poussé et un assainissement. Mais ces cas signalés ont été enregistrés minutieusement dans notre banque de données.

L'OVAM coordonne et finance l'examen et l'enlèvement des déchets de production de l'amiante. Pour le(s) propriétaire(s), cela se fait entièrement gratuitement. Mais le propriétaire doit se charger du réaménagement de la couche supérieure du revêtement (klinkers, pavés, gravier, ...).

Même si ces deux projets de grande envergure sont maintenant terminés, nous recevons encore sporadiquement des signalements de copeaux d'amiante-ciment. Ces cas signalés sont examinés et on les regroupe pour l'assainissement via une formule de filet de sécurité. Nous continuerons à le faire aussi longtemps que nécessaire.

Le plan d'exécution 'milieuverantwoord materiaalgebruik en afvalbeheer in de bouw' (utilisation écologique des matériaux et gestion écologique des déchets dans la construction) approuvé le 7 juillet 2007 (MB du 22 août 2007) prévoit un programme d'action spécifique avec une série de mesures pour introduire effectivement une démolition sélective (aussi en ce qui concerne l'amiante) et rendre le cahier des charges de démolition obligatoire à partir d'une certaine taille de travaux de démolition.

L'établissement d'un inventaire de démolition est obligatoire depuis 2009 pour la démolition de bâtiments ayant un volume supérieur à 1000m³ qui ont partiellement ou entièrement une fonction autre que l'habitation. Avec cette obligation, l'autorité veut encourager les [démolitions sélectives](#)⁷. L'inventaire de démolition consiste en une liste des différentes substances (déchets) qui se libéreront lors de la démolition d'un bâtiment avec une estimation des quantités, l'endroit où on les trouve dans le bâtiment et la forme sous laquelle on les trouve. En établissant un inventaire de démolition, on inventorie aussi les matériaux contenant de l'amiante dans un bâtiment de sorte que ceux-ci

⁷ <http://www.ovam.be/selectief-slopen-ontmantelen>

puissent être évacués sélectivement d'une manière sûre. Le désamiantage et l'évacuation sélectifs permettent d'éviter que des déchets d'amiante ne soient mélangés à des gravas qui peuvent être recyclés.

Le nouveau projet du plan d'exécution 'milieuverantwoord beheer van huishoudelijke afvalstoffen' (gestion écologique des déchets ménagers) prévoit (programme d'action 7, action 2) que les déchets contenant de l'amiante non friable et les petits déchets dangereux (KGA) doivent être collectés via le parc à containers aux frais de la commune (accès facile).

Les critères de déversement des déchets ont été récemment adaptés dans VLAREM de sorte qu'ils correspondent aux dispositions de la Décision européenne 2003/33/CE. Des mesures contre la dispersion de fibres y sont reprises. Les déchets composés de matériaux de construction contenant des fibres d'amiante sous forme non friable peuvent être déversés dans les décharges autorisées pour les déchets dangereux (décharges de catégorie 1) et dans les décharges autorisées pour les déchets non dangereux (décharges de catégorie 2) de même que dans les décharges pour déchets inertes (décharges catégorie 3) moyennant le respect de certaines conditions bien définies dans la législation VLAREM adaptée.

Le 24 octobre 2014, le gouvernement flamand a, sur proposition de la Ministre flamande de l'environnement Joke Schauvliege, donné son approbation de principe pour le démarrage d'une politique de démantèlement de l'amiante par l'OVAM en région flamande. L'OVAM a été chargé de préparer d'ici 2018 la mise en œuvre et la coordination de la politique de démantèlement dont l'objectif est de rendre la Flandre sûre sur le plan de l'amiante d'ici 2040. Dans la phase de démarrage qui durera jusqu'en 2017, l'OVAM va développer, par le biais de recherches supplémentaires et de projets pilotes, des scénarios faisables pour arriver à un plan final de démantèlement de l'amiante.

La priorité est donnée (par ordre décroissant d'importance) :

- aux déchets de la production en amiante-ciment (comme les copeaux provenant de la production de tuyaux en amiante-ciment)
- aux produits contenant de l'amiante friable dans les bâtiments
- aux produits contenant de l'amiante non friable dans l'enveloppe extérieure des bâtiments
- aux produits contenant de l'amiante non friable à l'intérieur des bâtiments
- aux conduites utilitaires contenant de l'amiante
- aux gravas contenant de l'amiante (déchets de démolition)
- aux applications industrielles

Les groupes cibles/bâtiments prioritaires sont les écoles, les bâtiments publics, les bâtiments résidentiels, l'agriculture et l'horticulture.

Pollution par le bruit:

La réglementation qui a été promulguée en Flandre depuis 2005 au sujet du bruit est la transposition de la directive 2002/49/CE concernant le bruit ambiant (arrêté du gouvernement flamand du 22.07.2005). Il y a déjà été fait référence sous le titre 1) Au niveau fédéral du premier rapport belge (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 aux alentours de l'aéroport national est suivie à l'aide d'un réseau de mesurage (une quinzaine de postes de mesurage) géré par le Département LNE. Les résultats peuvent être consultés sur le site web www.milieuhinder.be.

hygiène de l'habitat

La protection de la population contre les influences de la pollution à l'intérieur des maisons est assurée par l'équipe Soins de santé environnementale de l'Agence Soins et Santé par le biais de conseils donnés aux particuliers et aux pouvoirs locaux au sujet de la mauvaise qualité de l'environnement intérieur des habitations, et ce dans le cadre de l'arrêté environnement intérieur, de même que via la prise, toujours dans le cadre de ce même arrêté, de mesures visant la protection des usagers de lieux accessibles au public (écoles, bibliothèques, etc.) contre les environnements pathogènes. *Arrêté du Gouvernement flamand du 11 juin 2004 contenant des mesures de lutte contre les risques de santé par la pollution intérieure (MB 19/10/2004)*

Une campagne générale d'information et de sensibilisation relative à "Wonen en gezondheid" (Habitat et santé) est également menée.

Information sur l'amiante :

La composante amiante est couverte par l'arrêté environnement intérieur. Depuis 1998, aucune sorte d'amiante ne peut encore être utilisée en Belgique. L'usage d'amiante floqué est interdit depuis 1980 déjà. Dans l'arrêté environnement intérieur, la Flandre a fixé la valeur d'intervention à 0,1 fibre/cm³.

La lutte contre les émissions d'amiante et les déchets contenant de l'amiante est réglée dans la réglementation environnementale (VLAREM II - règlement flamand fixant les dispositions en matière d'hygiène de l'environnement) et n'est donc pas en tant que telle une compétence de la Communauté flamande mais bien de la région flamande et elle est coordonnée par LNE et l'OVAM.

En ce qui concerne la prévention des maladies (= Communauté flamande), ceci va de pair, dans le cas de l'amiante, avec l'exposition aux fibres d'amiante. Pour l'exposition dans une habitation ou un espace accessible au public, c'est l'arrêté environnement intérieur qui s'applique en Flandre. Le désamiantage de tels endroits est toutefois régi par VLAREM II, également pour les particuliers.

Pour les particuliers, VLAREM II pose des conditions générales (art.6.4.0.1). Ainsi, les émissions d'amiante dans l'environnement doivent être réduites et évitées à la source; aucune fibre ne peut se libérer lors du transport, du chargement et du déchargement des déchets ; aucune fibre ne peut se libérer lors de la démolition de bâtiments et du désamiantage.

L'équipe Soins de santé environnementale de l'Agence Soins et Santé (Communauté flamande) se charge de l'évaluation des risques pour la santé et de l'étalement de la politique en matière d'amiante sur le plan de la santé.

Contribution relative à l'environnement sain, la protection de l'environnement par le domaine flamand Environnement, Nature et Energie (LNE)

Voir annexe : **2 annexes de LNE**

Air

La Flandre atteint bon nombre d'objectifs pour la qualité de l'air. Malgré tout, les valeurs conseillées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont encore hors de portée pour de nombreuses substances. Ceci signifie que la Flandre doit encore fournir de gros efforts pour protéger la santé des personnes.

Dans les tableaux présentés dans l'annexe 1, nous confrontons les données de mesurage flamandes pour la période 2012-2014 à la réglementation européenne (tableau 1) et aux valeurs conseillées par l'OMS (tableau 2). L'OMS définit également pour certaines substances un risque de cancer (tableau

3). Dans les tableaux, nous indiquons en rouge le nombre de stations qui ne répondent pas aux objectifs européens ou aux objectifs OMS.

Pour la Flandre, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- **SO₂**: nous atteignons largement les objectifs UE, les valeurs conseillées de l'OMS sont dépassées dans de nombreuses stations de mesurage.
- **NO₂**: les objectifs européens sont atteints. La Commission européenne a donné un sursis pour le respect de la valeur limite européenne dans deux zones flamandes. Les modèles indiquent que la valeur limite européenne pour le NO₂ est dépassée dans les endroits où il y a beaucoup de trafic. Les valeurs conseillées de l'OMS sont dépassées dans un nombre limité de stations.
- **Poussière fine**: depuis 2014, les concentrations de PM₁₀ sont inférieures aux valeurs limites européennes dans tous les endroits de mesurage. Les valeurs conseillées par l'OMS sont dépassées partout.
- **Métaux lourds**: les concentrations restent élevées à proximité des entreprises du secteur métallique. Les objectifs européens pour l'arsenic, le cadmium et le nickel ne sont pas atteints partout. Selon l'OMS, il y aurait des cas de cancer supplémentaires si les concentrations en arsenic et en nickel restaient constantes dans le temps.
- **Ozone**: les concentrations se situent en deçà des objectifs européens mais au-dessus de l'objectif européen à long terme et des valeurs conseillées par l'OMS.
- **Benzène, benzo(a)pyrène**: les objectifs européens sont atteints. Selon l'OMS, il y aurait des cas de cancer supplémentaires si les concentrations restaient constantes dans le temps.
- **Monoxyde de carbone**: les concentrations se situent en-deçà de la valeur limite européenne et de la valeur conseillée par l'OMS.

Eau potable

L'eau potable qui est fournie en Flandre dans le cadre de l'approvisionnement public en eau est produite et contrôlée conformément aux dispositions de la directive européenne eau potable (UE 98/83). Le décret du 24 mai 2002 relatif aux eaux destinées à l'utilisation humaine et l'arrêté du gouvernement flamand du 13 décembre 2002 portant réglementation relative à la qualité et la fourniture des eaux destinées à la consommation humaine ont été actualisés au cours de la période 2012-2014 en introduisant le concept d'évaluation et de gestion des risques cf. la recommandation de l'OMS, le concept de contrôle de qualité continu de la source au robinet et le concept de garantie maximale de sécurité de fourniture, en tant qu'obligations de service public pour les entreprises publiques fournissant de l'eau potable, en plus de la transposition déjà existante de la directive eau potable.

L'annexe 2 donne un aperçu pour la période 2012-2014 des résultats des programmes de contrôle en exécution de la directive eau potable. La Flandre fait rapport à la Commission européenne tous les 3 ans. Les contrôles se font au robinet chez les utilisateurs; c'est pourquoi, il est important d'être attentif aux résultats des analyses causales complémentaires suivant la constatation d'un dépassement de norme. Ces analyses complémentaires ont pour objectif de vérifier si la cause du problème se situe chez le client ou chez le fournisseur.

La qualité de l'eau potable au robinet est très bonne pour la période 2012-2014. Le pourcentage de conformité totale est supérieur à 99%. Ce pourcentage est calculé sur la base du nombre total d'analyses et du nombre total de dépassements de normes constatés pour tous les paramètres

ensemble. Les dépassements de normes constatés pour les paramètres pertinents en termes de santé publique ont été analysés. Il en ressort que la majorité des dépassements ont été constatés pour le plomb, les entérocoques, le nitrite, le nickel et l'E. Coli. Pour le plomb, la cause se situe surtout chez l'abonné et partiellement chez le fournisseur. En vue du durcissement progressif de la norme relative au plomb, les entreprises d'eau potable ont des programmes en cours pour un remplacement systématique des raccordements en plomb. Grâce à cette approche, la majorité du réseau de distribution public flamand est déjà sans plomb. Depuis 2011, une politique active est menée en Flandre autour de la problématique du plomb dans l'eau potable, en sensibilisant le client sur la nécessité de garder l'installation intérieure exempte de plomb.

Les dépassements de paramètres n'ayant pas une pertinence directe pour la santé publique, en particulier des paramètres indicatifs et des paramètres complémentaires, sont plus fréquents. Des dépassements de norme au robinet sont constatés pour le sodium, le fer et les coliformes. Le sodium et le fer ne sont pas considérés comme des paramètres de santé mais sont plutôt des paramètres de confort. Ces paramètres peuvent avoir une influence sur le goût et la couleur de l'eau et sont souvent dus à des problèmes au niveau de l'installation intérieure.

Lutte contre l'alcoolisme

Les questions posées par le CEDS concernent la législation sur les produits et la publicité. Ces compétences relèvent du niveau fédéral.

Accidents de la route

Domaine Mobilité et Travaux publics (MOW)

Voir annexe: 3 rapports d'avancement Plan sécurité routière flamand 2012, 2013 et 2014 du MOW

Pour exécuter le Plan sécurité routière flamand, on travaille sur 4 axes :

1. Education et sensibilisation

(notamment éducation à la circulation et à la mobilité, permis de conduire à l'école, apprentissage toute la vie durant et formation et sensibilisation de groupes cibles (seniors, chauffeurs débutants, aptitudes cyclistes et piétons, ...), réforme de la formation à la conduite, formation à la conduite en phases, formation continuée permis C+D, témoignages de victimes d'accidents de la circulation, perfectionnement et formation à la conduite des motards, projet "vélos électriques", culture de la sécurité dans les entreprises (charte, formations, ...))

2. Infrastructure et technologie

(notamment politique en matière de vitesse autorisée plus uniforme (régime standard à 70km/h en dehors des agglomérations), audits et inspections de sécurité routière, actions par rapport aux points dangereux, principes d'aménagement des voiries pour atténuer les conséquences d'un accident de la circulation, problématique de l'angle mort (placements de miroirs, adaptation de l'infrastructure), développement d'un réseau de pistes cyclables sûr, soutien des développements ISA, signalisation dynamique,...)

3. Surveillance et réglementation

(notamment rendre les contrôles suffisants et efficaces, contrôle du parcours, appareillage spécifique de surveillance (WIM, contrôles respect des distances entre véhicules/interdiction de dépasser, caméras aux feux rouges et caméras pour la vitesse, ...) caméras ANPR)

4. Evaluation, enquête et monitoring

(notamment enregistrement et analyse modernes et détaillés des accidents, détermination des segments de route dangereux, interventions prévues annuellement sur l'infrastructure en matière de sécurité routière dans les zones/points dangereux, enquêtes pertinentes pour définir la politique (notamment dans le cadre du Point d'appui sécurité routière))

2.2.2 Fédération Wallonie-Bruxelles

Voir annexes 'Agence wallonne de l'Air et du Climat' et 'Agence wallonne pour la Sécurité routière - Rapport d'activité 2015'

2.2.3. Communauté germanophone

Surpoids

En 2014-2015, pour les filles et les garçons vu lors des consultations de médecine scolaire par Kaleido-DG, tout âge confondu, on peut constater au niveau du poids : 72.91 % ont un poids normal, 11.73% souffrent d'un surpoids, 4.05% d'un surpoids extrême, 10.87% d'un sous-poids et 0.45% d'un sous-poids extrêmes.

Vaccination Grippe :

Résultats d'après l'enquête nationale de la santé 2013 :

En Communauté Germanophone en 2013, 11,5% des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent avoir été vaccinées contre la grippe au cours des douze derniers mois.

Il n'y a pas de différence significative à ce sujet entre les hommes (12%) et les femmes (11%); on remarque par contre que le taux de vaccination est plus élevé (24%) chez les personnes les personnes âgées de 65 ans et plus (la différence avec le groupe des 45-64 ans (15%) n'est toutefois pas significative après standardisation pour le sexe).

Le taux de vaccination contre la grippe ne varie pas en fonction du niveau d'éducation.

Le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus en Communauté Germanophone qui déclarent avoir été vaccinées contre la grippe au cours des douze derniers mois :

- est plus bas que dans l'ensemble des provinces belges ; cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe, sauf pour ce qui est des provinces de Liège (16%) et de Luxembourg (15%);
- a augmenté au cours de la période 1997 (12%) - 2008 (25%) (mais pas de manière significative lorsque l'on prend en compte les taux standardisés) ; le taux a baissé ensuite de manière significative en 2013 (11,5%) par rapport à 2008.

Environnement sain

La Communauté germanophone organise chaque année une campagne de prévention « ozone et vague de chaleur » en collaboration avec l'Etat fédéral et les autres entités fédérées. Cette campagne résulte du plan national « Pic d'ozone et vague de chaleur » mis en place suite à l'été 2003 durant lequel des vagues de chaleurs intenses avaient été observées, accompagnées de nombreuses hospitalisations et d'un nombre de décès important.

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, Kaleido,...
- 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 des recommandations simples

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.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Fumeurs:

Extrait de l'enquête santé nationale 2013:

Dans la Communauté Germanophone, on retrouve des taux similaires comme dans le reste du pays, avec 24% de fumeurs (soit 19% de fumeurs quotidiens, 5% de fumeurs occasionnels) et 76% de non-fumeurs. Contrairement à ce qui est observé au niveau du pays entier, fumer tous les jours est une habitude qui concerne d'avantage de femmes (22%) que d'hommes (16%) dans la Communauté Germanophone. En Communauté Germanophone, la proportion de fumeurs quotidiens en 2013 (19%) est restée stable depuis la dernière enquête de 2008 (18%), mais elle a toutefois diminué par rapport aux enquêtes de 2004 (25%) et 2001 (26%).

Alcool

Extrait de l'enquête santé nationale 2013:

DG: En 2013, 89% des membres de la Communauté Germanophone (âgés de 15 ans et plus) consomment actuellement de l'alcool, ce qui est un peu plus élevé qu'au niveau national (82%). Les buveurs quotidiens sont quant à eux moins nombreux dans la Communauté Germanophone (10%) que dans le reste du pays (14%). Contrairement à ce qui est observé sur l'ensemble du pays, ici les femmes sont aussi nombreuses (11%) que les hommes (8%) à boire quotidiennement de l'alcool.

La surconsommation d'alcool, définie comme plus de 21 verres de boissons alcoolisées par semaine pour les hommes et plus de 14 verres pour les femmes, touche 9% des membres de la Communauté Germanophone. Ce chiffre brut est un peu plus élevé que celui observé au niveau national (6%). Dans la Communauté Germanophone, la surconsommation d'alcool concerne autant les femmes que les hommes (9%), ce qui n'est pas le cas dans la population entière. Comme cela avait été le cas en 2008, la prévalence de la surconsommation alcoolique chez les jeunes de la Communauté Germanophone

en 2013 (25%) est bien plus élevée par rapport à la moyenne nationale (6% des jeunes du même âge).

Le fait de boire 6 verres ou plus de boissons alcoolisées en une occasion (hyper-alcoolisation) au moins une fois par semaine est une pratique qui concerne 16% des individus de la Communauté Germanophone – ce qui constitue la prévalence la plus élevée du pays (8% dans la population totale) . L'hyper-alcoolisation hebdomadaire n'est pas moins fréquente parmi les femmes (15%) que parmi les hommes (17%) de la Communauté Germanophone, contrairement au reste du pays où 4% des femmes et 13% des hommes s'hyper-alcoolisent toutes les semaines.

Extrait d'une enquête de jeunes de l'eurégio 2013/2014/: Au nord de la CG, la population jeune (15-24) consomme moins d'alcool qu'au sud de la CG.

Vaccination et surveillance épidémiologique

Les données annuelles collectées par le service Kaleido-DG nous permettent quelques constatations générales:

- une véritable résistance de la part des parents contre les vaccins est relativement faible en CG. Seulement 2,32% des parents ne veulent pas que leurs enfants soient vaccinés ;
- le taux de couverture contre la Diphthérie est quasi atteint (on estime 79% en CG vs 80 bis 85% requis)
- le taux de couverture de vaccination des enfants contre les rougeoles (90% en CG vs 92-95% requis) et contre le coqueluche (79% en CG vs 92-95% requis) n'est pas suffisant afin de combattre les maladies définitivement.
- Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus est largement moins accepté par les parents. 27,61% des parents refusent ce vaccin pour leurs filles.
- Le taux de couverture de vaccins contre le cancer du col de l'utérus est le plus bas parmi tous les types de cancer avec un taux de 45,52% en 2014/2015.

En tout, 72% des élèves de la CG ont été vaccinés selon le schéma prévu par Kaleido. Le taux des enfants vaccinés est donc en constante augmentation.

Néanmoins, le taux réel de couverture est probablement supérieur aux résultats identifiés par Kaleido-DG, étant donné que:

- Le taux de pourcentage des enfants „sans indication du statut“ est assez élevé (entre 4% et 16% en 2014/2015 selon le vaccin);
- Le pourcentage des enfants qui, selon les informations des parents „ont été vaccinés par leur médecin généraliste à un moment ultérieur“ n'est pas contrôlé par Kaleido-DG.

Sans tenir compte des enfants, qui, de nouveau selon leurs parents ont été vaccinés par leurs médecins généralistes, nous atteignons un taux de couverture d'environ 82%. Cette estimation nous semble plus réaliste. Cependant, nous ne pouvons pas la prouver scientifiquement.

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 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. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de l'emploi :

Prestations de chômage

25 AVRIL 2014 – LOI portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, chapitre 12, modification de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs pour ce qui concerne les principes de base de l'assurance chômage. (M.B. 6 juin 2014)

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs est complété pour ce qui concerne les principes de base de l'assurance chômage. En effet, dans un avis rendu au sujet de l'arrêté royal du 23 juillet 2012 relatif à la dégressivité renforcée des allocations de chômage, le Conseil d'Etat belge a remis en question le large pouvoir de délégation octroyé au Roi par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944. Les dispositions reprises dans la loi du 25 avril 2014 veulent remédier à court terme à cette incertitude et veulent également impulser l'élaboration d'une loi de base en ce qui concerne l'assurance chômage.

Elle produit ses effets le 1er juillet 2012.

Allocations de chômage

Montant des allocations de chômage

10 avril 2013. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 111 et 131ter de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, modifiant l'article 8 de l'arrêté royal du 7 décembre 1992 relatif à l'octroi du chômage en cas de pré-pension conventionnelle et modifiant l'article 12 de

l'arrêté royal du 3 mai 2007 fixant le régime de chômage avec complément d'entreprise dans le cadre du bien-être.

16 avril 2013. – ARRETE MINISTERIEL modifiant l'article 69 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage.

Dans le cadre des « accords partiels » conclues avec les partenaires sociaux, ces arrêtés portent exécution concernant le volet allocations de chômage. Ainsi, ces arrêtés augmentent les plafonds salariaux de 2%.

Ces arrêtés produisent leurs effets le 1er avril 2013.

Montant des allocations de chômage et adaptation des allocations de chômage au bien-être

17 AOUT 2013. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 114, 115, 124 et 127 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, et de l'article 3 de l'arrêté royal du 26 mars 2003, d'exécution de l'article 7, § 1er, alinéa 3, q, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs relatifs aux gardiens gardiennes d'enfants

Dans le cadre de l'adaptation des allocations de chômage au bien-être, le montant minimal des allocations de chômage, le montant forfaitaire des allocations d'insertion (octroyées au jeune travailleur admis sur la base de ses études) et des allocations de garde (octroyées à l'accueillant(e) d'enfants lorsque ses revenus diminuent du fait de l'absence d'enfants inscrits chez lui (elle) pour des raisons indépendantes de la volonté de l'accueillant(e)) ont été augmentés de 2 %.

Ces dispositions entrent en vigueur le 1er septembre 2013.

19 AOUT 2013. – ARRETE MINISTERIEL modifiant l'article 61 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage.

Lorsque le montant du revenu de remplacement d'une personne qui cohabite avec un chômeur ne dépasse pas un certain plafond, le chômeur peut rester ou devenir travailleur ayant charge de famille. Le plafond diffère selon la nature du revenu de remplacement et selon le lien de parenté existant entre le chômeur et le membre du ménage qui bénéficie de ce revenu. Dans le cadre de l'adaptation des allocations de chômage au bien-être, le montant mensuel du plafond de certaines pensions a été augmenté et est passé de 576,46 à 588 EUR (montant indexé).

Cette mesure entre en vigueur le 1er septembre 2013.

Contrôle des chômeurs

24 OCTOBRE 2013. – ARRETE ROYAL modifiant l'article 66bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage

Depuis le 1er avril 2006, dans le cadre de la suppression du contrôle communal, une nouvelle procédure est entrée en vigueur afin de contrôler ponctuellement si les chômeurs, qui ne sont pas dispensés de l'obligation de résidence, résident effectivement en Belgique. Pour ce faire, l'ONEM sélectionne un échantillon de chômeurs et leur adresse un courrier les invitant à se présenter personnellement à l'administration communale ou au bureau du chômage afin de faire compléter un certificat de résidence. Lors de l'entrée en vigueur de cette nouvelle procédure, la présentation devait avoir lieu dans les 14 jours suivant l'envoi de la lettre par l'ONEM. Depuis le 1er décembre 2013, ce délai de 14 jours a été ramené à 7 jours.

Cet arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2014.

Nouveau statut pour les artistes

7 FEVRIER 2014. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 27, 37, 71bis, 116 et 130 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, insérant un article 48bis et abrogeant un article 74bis dans le même arrêté et modifiant l'article 13 de l'arrêté royal du 3 mai 2007 fixant le régime de chômage avec complément d'entreprise

7 FEVRIER 2014. – ARRETE MINISTERIEL modifiant les articles 1, 10, 31 et 71 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage.

Ces arrêtés modifient la réglementation du chômage en ce qui concerne les dispositions applicables aux artistes et autres travailleurs du secteur artistique. Ils tendent à accroître la sécurité juridique vis-à-vis de l'ensemble des acteurs du secteur artistique et à répondre aux abus constatés sur le terrain. Ils visent donc à sauvegarder le régime spécifique et plus favorable aux travailleurs du secteur artistique en évitant toutefois certaines possibilités d'abus.

Ainsi les points importants de la réforme de la réglementation du chômage sont les suivants:

- Le champ d'application est étendu à tous les artistes quelle que soit la nature des activités artistiques (création, exécution ou interprétation) et le secteur d'activités artistiques (arts plastiques, arts de la scène, musique).
- La règle de calcul avantageuse des prestations de travail pour ouvrir le droit aux allocations de chômage est étendue à tous les travailleurs qui effectuent des prestations artistiques (interprète ou créateur) rémunérés à la prestation.
- Le maintien du pourcentage le plus élevé d'indemnisation est étendu à tous les travailleurs qui effectuent des prestations artistiques (interprète ou créateur) et à tous les techniciens du secteur artistique. L'octroi de cet avantage requiert dorénavant un nombre minimal de journées de travail dans une période de référence.
- Une possibilité de retour en première période d'indemnisation (avec des allocations plus élevées) est introduite pour les travailleurs qui effectuent des prestations artistiques et pour tous les techniciens du secteur artistique.
- Une définition est donnée à la notion de contrats de très courte durée (contrat qui a une durée inférieure à 3 mois) et la notion d'activités techniques dans le secteur artistique (des activités qui encadrent les activités artistiques : fonctions techniques – caméraman, technicien du son, machiniste ...- , fonctions de soutien – chef de production, script, habilleur ...).
- La possibilité de cumuler des allocations de chômage avec une activité artistique accessoire en tant que travailleur indépendant dans des limites de revenus est confirmée.
- Pour les travailleurs qui effectuent, en cours de chômage, des prestations artistiques salariées qui sont rémunérés à la prestation, des règles plus précises permettent d'en déterminer l'incidence sur l'indemnisation mensuelle.
- Le caractère d'un emploi convenable : un emploi non-artistique peut être considéré comme non convenable, si le chômeur prouve 156 journées de travail salarié (calculées en régime 6 jours) dans les 18 mois précédant l'offre d'emploi ; de ces 156 jours, 104 jours (calculés en régime 6 jours) au moins doivent avoir été prestés en tant qu'artiste dans le secteur artistique. Toutefois, il est important de souligner que le droit aux allocations de chômage est subordonné à l'obligation d'être disponible pour le marché général de l'emploi. On ne peut donc, en principe, pas limiter des recherches d'emploi au seul secteur artistique.

Ce nouveau statut entre en vigueur le 1er avril 2014.

Activation du comportement de recherche de l'emploi

26 juin 2014.- ARRETE ROYAL modifiant les articles 27, 36, 51, 52bis, 59bis, 59bis/1, 59ter, 59ter/1, 59quater, 59quater/1, 59quater/2, 59quater/3, 59quinquies, 59quinquies/1, 59quinquies/2, 59sexies, 59septies, 59octies, 59nonies, 70 et 94 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

26 juin 2014.- ARRETE MINISTERIEL insérant un article 32quater et abrogeant l'article 38bis à l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage et abrogeant la liste modèle des actions jointe en annexe de l'arrêté ministériel du 5 juillet 2004 réglant le mode de calcul de la durée du chômage de certains chômeurs et fixant la liste modèle des actions visées aux articles 59quater, § 5, alinéa 2 et 59quinquies, § 5, alinéa 2, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Ces arrêtés modifient les dispositions réglementaires relatives à l'activation du comportement de recherche d'emploi dans le cadre d'un accord de coopération du 6 novembre 2013 conclu entre l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés relatif à l'accompagnement et au suivi actifs des chômeurs. Cet accord est applicable à tout chômeur complet, inscrit obligatoirement comme demandeur d'emploi, qui n'a pas atteint l'âge de 55 ans et qui n'est pas considéré comme inapte au travail au sens de la législation relative à l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Les principales modifications concernent surtout la procédure d'activation du comportement de recherche d'emploi aux chômeurs qui bénéficient des allocations de chômage, du fait que les évaluations se feront sur la base notamment des informations communiquées par l'organisme régional concernant le plan individuel d'action et sur le déroulement de celui-ci. La procédure du comportement de recherche d'emploi applicable aux bénéficiaires d'allocations d'insertion et aux jeunes en stage d'insertion professionnelle est également modifiée.

Le chômeur, qui refuse de participer ou de collaborer au plan d'action individuel qui lui est proposé par le service régional de l'emploi et celui dont le plan d'action individuel est arrêté ou échoue suite à son attitude fautive, fera l'objet d'une sanction pour chômage volontaire.

Ces arrêtés entrent en vigueur le 1er janvier 2014.

Lutte contre la fraude sociale

Dans le cadre du volet prévention de la fraude sociale, un système de boni a été instauré pour les organismes de paiement des allocations de chômage. Le principe du système de boni consiste à octroyer aux organismes de paiement une partie des dépenses évitées au niveau des prestations sociales sous la forme d'une indemnité administrative complémentaire. De cette manière, les organismes de paiement collaborent à la prévention de la fraude des abus dans l'assurance chômage, ce qui permet d'éviter l'octroi des allocations indues et ainsi d'entraîner une diminution des dépenses.

29 juin 2014. – ARRETE ROYAL modifiant l'article 160 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

L'objectif de cette mesure est d'inscrire dans la réglementation un contrôle préventif du cumul des indemnités de maladie et d'invalidité avec les allocations de chômage. Pour ce faire, il faut utiliser le flux de données entre les organismes de paiement et les banques de données de l'assurance maladie-invalidité.

Cet arrêté entre en vigueur le 25 juillet 2014.

1er juillet 2014 – ARRETE ROYAL modifiant les articles 24, 148 et 167 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et insérant un article 134ter dans le même arrêté.

Dans cet arrêté, il s'agit du contrôle de la situation familiale, du lieu de résidence et de la nationalité du chômeur sur la base de données issues du Registre national, contrôle qui était effectué par l'ONEM (a posteriori). Cette procédure est élargie au moyen d'un contrôle (préventif) effectué par l'organisme de paiement (procédure REGIS OP).

Cet arrêté entre en vigueur le 25 juillet 2014.

23 août 2014. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 24, 136, 154, 161 et 163bis et insérant un article 71ter à l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage relative à la procédure de la carte de contrôle électronique.

Dans le cadre du bonus, l'introduction d'une carte de contrôle électronique à compléter online doit remplacer l'utilisation de la carte de contrôle papier, ce qui va permettre de mieux optimiser les contrôles effectués sur le terrain sur la manière dont la carte de contrôle est complétée. Cela permet d'éviter l'octroi des allocations indues et d'éviter la fraude.

Pour réaliser ceci, une modification dans le cadre légal général a été effectuée (loi du 24 mars 2003 concernant la modernisation de la gestion de la sécurité sociale et concernant la communication électronique entre les entreprises et l'autorité fédérale – Arrêté du 17 septembre 2014).

Ces dispositions entrent en vigueur le 1er septembre 2014.

Simplification des formalités et des procédures

31 août 2014. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 133, 137 et 138bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

26 août 2014. – ARRETE MINISTERIEL modifiant l'article 87 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage.

Ces arrêtés ont pour objet de simplifier les formalités que les employeurs doivent accomplir lorsqu'un travailleur est occupé à temps partiel dans le cadre d'occupations successives ininterrompues auprès du même employeur et que le régime de travail convenu varie.

En outre, ils s'inscrivent dans la généralisation progressive de la déclaration électronique de risque social.

Ces arrêtés entrent en vigueur le 1er janvier 2016.

Exécution de l'accord gouvernemental

30 décembre 2014. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 36, 59bis, 59bis/1, 63, 64, 71bis, 72, 89bis, 114, 116, 126, 131bis, 153, 154, 155 et 157bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et abrogeant les articles 89, 90 et 125 dans le même arrêté.

30 décembre 2014. – ARRETE MINISTERIEL modifiant les articles 58 et 75ter de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage.

Ces arrêtés réalisent l'exécution de l'accord du gouvernement du 7 octobre 2014.

Les points importants de ces modifications sont les suivants:

- 1. Les règles ordinaires qui valent pour les chômeurs sont dorénavant d'application aux chômeurs âgés et ceci, jusqu' à l'âge de 65 ans :
 - ils doivent être inscrits comme demandeur d'emploi auprès du service régional de l'emploi et ce, quel que soit leur âge ;
 - ils doivent être disponibles pour le marché de l'emploi et ce, quel que soit leur âge ;
 - ils sont soumis à la procédure de contrôle de la disponibilité active et ce, quel que soit leur âge ;
 - ils doivent être en possession d'une carte de contrôle jusqu'à l'âge de 60 ans ;
 - ils doivent avoir leur résidence principale en Belgique et y résider effectivement, excepté un séjour à l'étranger d'une durée maximale de 4 semaines par an ;
 - ils doivent être aptes au travail ; en cas d'inaptitude, ils doivent être pris en charge par l'assurance maladie-invalidité (ceci ne vaut pas pour les chômeurs en RCC, qui peuvent continuer à bénéficier des allocations de chômage pendant ces périodes de maladie ;
 - pour pouvoir cumuler une activité accessoire avec les allocations de chômage, ils doivent avoir déjà exercé cette activité durant au moins 3 mois au cours de la période de travail salarié qui a précédé la demande d'allocations de chômage ;
 - les travailleurs qui sont licenciés dans le cadre d'une restructuration dans laquelle l'employeur a mis en place une cellule pour l'emploi sont obligés de s'inscrire dans cette cellule pour l'emploi et ce, quel que soit leur âge.

Ces nouvelles règles valent autant pour ceux qui deviennent chômeur après le 31 décembre 2014, que pour ceux qui avant cette date étaient déjà en chômage. Avec une seule exception : ceux qui, au 31 décembre 2014, étaient âgés d'au moins 60 ans et qui avaient déjà bénéficié d'allocations de chômage en 2014 restent dispensés de ces obligations.

- 2. Adaptations au montant de l'allocation de chômage :
 - les allocations en cas de chômage temporaire correspondent dorénavant à 65% (au lieu de 70%) du salaire plafonné ;
 - les travailleurs qui ne bénéficient pas d'une pension et qui travaillent encore après l'âge de 65 ans peuvent, en cas de chômage temporaire bénéficier des allocations de chômage ;
 - l'allocation de garantie de revenus (une allocation complémentaire en plus du salaire partiel pour certains travailleurs à temps partiel) est calculée autrement, ce qui peut avoir pour effet d'entraîner une diminution légère du montant de l'allocation (ainsi le bonus à l'emploi est pris en compte dans le calcul du salaire net et le complément horaire est diminué pour les isolés et pour les cohabitants sans charge de famille) ;
 - le complément d'ancienneté est supprimé pour les nouveaux chômeurs âgés. Les chômeurs âgés qui ont déjà bénéficié d'un complément d'ancienneté en décembre 2014 le conservent de façon illimitée. Dans certaines situations spécifiques (p.e. des travailleurs licenciés dans le cadre d'une restructuration), le complément d'ancienneté continue à exister sous certaines conditions, aussi pour les nouvelles demandes après le 31 décembre 2014.

- 3. Suppression de la dispense pour raisons sociales et familiales.

La dispense pour raisons sociales et familiales ne peut plus être accordée. Ceci était une mesure par laquelle des chômeurs pouvaient, à leur demande, être dispensés de l'obligation d'être disponible pour le marché de l'emploi. Pendant cette période pour des raisons sociales et familiales, ils recevaient une allocation forfaitaire réduite. Les chômeurs qui bénéficiaient au 31 décembre 2014 de cette dispense, peuvent rester dans le système pour le restant de la période accordée (maximum 12 mois).

Ces mesures entrent en vigueur le 1er janvier 2015.

Dispense des chômeurs

15 avril 2015. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 63, 114 et 116, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et rétablissant les articles 90 et 125 dans le même arrêté dans le cadre de l'aidant proche.

Cet arrêté introduit des règles spécifiques pour les chômeurs complets, qui sollicitent une dispense de disponibilité pour le marché de l'emploi en raison d'une situation d'aidant proche. Ce régime remplace en partie l'ancien régime relatif à la dispense pour raisons sociales et familiales qui a été supprimé à partir du 1er janvier 2015 par l'arrêté royal du 30 décembre 2014.

Cet arrêté produit ses effets le 1er janvier 2015.

Disponibilité des chômeurs âgés

1er juin 2015. – ARRETE ROYAL modifiant l'article 89, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et insérant un article 89/1 dans le même arrêté royal.

Cet arrêté remplace les règles transitoires pour les chômeurs âgés, notamment en matière de disponibilité pour le marché de l'emploi, introduites par l'arrêté royal du 30 décembre 2014 (voir supra).

La nouvelle mesure transitoire prévoit que :

- celui qui a obtenu la dispense maximale pour chômeur âgé avant le 1er janvier 2015 la conserve de façon automatique;
- celui qui a été indemnisé en chômage complet avant le 1er janvier 2015 et qui, au 31 décembre 2014, était dans les conditions pour obtenir la dispense maximale pour chômeur âgé, peut encore obtenir cette dispense (en règle générale, avoir atteint 60 ans ou justifier de 38 ans de passé professionnel) ;
- comme antérieurement, la dispense maximale autorise le chômeur à effectuer pour son propre compte et sans but lucratif, toute activité qui concerne ses biens propres. En cas d'incapacité de travail, à partir de 60 ans il a le choix entre les allocations de chômage ou les indemnités de maladie. Enfin, pour autant qu'il conserve sa résidence principale en Belgique et qu'il ait 60 ans, il est autorisé à résider plus de 4 semaines à l'étranger.

Cet arrêté produit ses effets à partir du 1er janvier 2015

Activation du comportement de recherche de l'emploi

19 juin 2015. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 56 et 89 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Cet arrêté introduit la notion de disponibilité adaptée dans la réglementation du chômage, de sorte que le chômeur doit à partir de ses 60 ans être disponible de façon adaptée. Cela signifie que le chômeur n'est pas tenu de rechercher activement de l'emploi, mais qu'il doit par contre collaborer à un accompagnement adapté prévu dans un plan individuel d'action (voir l'article 27, 14° de l'arrêté royal du 25 novembre 1991).

Le fait de ne pas collaborer à cet accompagnement adapté peut donner lieu à l'application des dispositions en matière de chômage volontaire.

Le chômeur peut demander à être dispensé de disponibilité adaptée ; pour cela, il doit atteindre un certain âge, soit prouver un certain passé professionnel. (p.ex. en 2016, être âgé de 61 ans ou 41 ans de passé professionnel).

Cet arrêté produit ses effets à partir du 1er janvier 2015.

Sixième Réforme de l'Etat

17 juillet 2015. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 27, 51, 53, 53bis, 56, 58, 133, 137, 138bis, 142, 143, 144, 145, 146 en 170 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, y insérant un article 98ter et y insérant dans le titre II un chapitre Vbis dans le même arrêté et modifiant l'arrêté royal du 31 août 2014 modifiant les articles 133, 137 et 138bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, dans le cadre de la Sixième Réforme de l'État

17 juillet 2015. – ARRETE MINISTERIEL modifiant les articles 1, 19, 33 et 87 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage, dans le cadre de la Sixième Réforme de l'État

Ces arrêtés ont pour objet d'apporter un certain nombre de modifications principalement techniques à la réglementation du chômage. Ces modifications concernent le transfert de certaines compétences en matière de chômage aux régions, dont le contrôle de la disponibilité des chômeurs et l'octroi des dispenses de disponibilité pour suivre des études et formations.

Ils entrent en vigueur le 1^{er} août 2015.

Montant des allocations de chômage et adaptation des allocations de chômage dans le cadre de l'utilisation de l'enveloppe au bien-être

20 juillet 2015. – ARRETE ROYAL modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, l'arrêté royal du 26 mars 2003, d'exécution de l'article 7, § 1er, alinéa 3, q, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, relatifs aux gardiens et gardiennes d'enfants, l'arrêté royal modifiant les articles 36, 59bis, 59bis/1, 63, 64, 71bis, 72, 89bis, 114, 116, 126, 131bis, 153, 154, 155 et 157bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et abrogeant les articles 89, 90 et 125 dans le même arrêté et l'arrêté royal du 28 décembre 2011 abrogeant l'arrêté royal du 30 juillet 1994 relatif à la prépension à mi-temps, portant l'adaptation de certains montants d'allocations dans le cadre de l'utilisation de l'enveloppe bien-être 2015-2016

17 juillet 2015. – ARRETE MINISTERIEL modifiant les articles 61 et 69 de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage, visant l'adaptation de certains montants d'allocations dans le cadre de l'utilisation de l'enveloppe bien-être 2015-2016

Ces arrêtés adaptent, dans le cadre de l'utilisation de l'enveloppe bien-être 2015-2016, les plafonds salariaux, les allocations de chômage minimales et certains montants dans la réglementation du chômage.

Ils entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} septembre 2015.

Contrôle de la disponibilité des chômeurs pour le marché du travail

14 décembre 2015. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 56 et 58 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et insérant les articles 36/1 à 36/11, 56/1 à 56/6 et 58/1 à 58/12 dans le même arrêté

Dans le cadre de la Sixième Réforme de l'Etat, la répartition des compétences en matière de contrôle de la disponibilité des chômeurs pour le marché de l'emploi est modifiée fondamentalement. Le contrôle de la disponibilité active ou adaptée et passive et l'application des sanctions est exercée dorénavant par les Régions. Ceci doit être exercé eu égard et conformément au cadre normative de la réglementation relative à l'emploi convenable, au comportement de recherché active d'emploi, au contrôle administrative et aux sanctions.

Cet arrêté fixe ce cadre normative du contrôle de la disponibilité de certaines catégories de chômeurs par les organismes régionaux qui deviennent compétents en ce qui concerne l'exercice de ce contrôle. Il règle aussi la transition vers cet exercice régionalisé du contrôle.

Cet arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Allocations d'insertion

Procédure de suivi spécifique pour les jeunes en stage d'insertion professionnelle (jeunes sortant des études)

17 juillet 2013. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 36, 59bis/1, 59ter/1, 59quater/1, 59quater/2, 59quater/3 59quinquies/1 et 59quinquies/2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

En matière d'activation du comportement de recherche, une nouvelle procédure a vu le jour pour les jeunes qui sont en stage d'insertion professionnelle. Ils doivent prouver qu'ils recherchent activement du travail avant l'ouverture du droit à des allocations d'insertion professionnelle. Ils seront convoqués à un entretien au bureau de chômage au cours du 7^{ième} et 11^{ième} mois de leur stage d'insertion professionnelle

Aussi, l'activation des demandeurs d'emploi qui bénéficient déjà d'allocations d'insertion professionnelle a été modifiée. Cette démarche active de recherche d'emploi pendant le stage d'insertion professionnelle est devenue maintenant une condition d'admission au bénéfice des allocations d'insertion. Le jeune peut bénéficier des allocations d'insertion à l'issue du stage d'insertion professionnelle s'il a obtenu deux évaluations positives de son comportement de recherche d'emploi pendant le stage d'insertion professionnelle et s'il satisfait aux autres conditions d'admission prévues par la réglementation chômage. En cas d'évaluation négative lors d'une évaluation pendant le stage d'insertion professionnelle, l'admission au bénéfice des allocations d'insertion est reportée jusqu'à ce que le jeune ait obtenu deux évaluations positives (successives ou non). En cas d'évaluation négative, c'est le jeune lui-même qui doit prendre l'initiative de demander une nouvelle évaluation de ses efforts. Il peut faire cette demande au plus tôt six mois après

l'évaluation négative. Egalement, après l'admission au bénéfice des allocations d'insertion, la démarche active de recherche d'emploi est évaluée tous les six mois.

Ces mesures entrent en vigueur le 1er août 2013.

Durée du droit

28 MARS 2014. – ARRETE ROYAL modifiant l'article 63 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage dans le cadre de l'adaptation de la nouvelle réglementation des allocations d'insertion.

Le droit aux allocations d'insertion est en principe limité à une période de 36 mois. Cette période peut être prolongée d'une période fixe de 2 ans, si au moment de l'expiration de cette période de 36 mois, le bénéficiaire d'allocations se trouve ou bien dans une situation qu'il est considéré par le service régional de l'emploi compétent comme un demandeur d'emploi ayant des problèmes sérieux, aigus ou chroniques de nature médicale, mentale, psychique ou psychiatrique, le cas échéant combiné avec des problèmes sociaux ou bien qu'il justifie d'une inaptitude permanente au travail de 33% au moins constatée par le médecin affecté au bureau de chômage. Néanmoins, dans les deux cas il doit collaborer positivement à un trajet approprié, organisé ou reconnu par le service régional de l'emploi compétent.

Cet arrêté entre en vigueur le 1er avril 2014.

29 juin 2014. – ARRETE ROYAL modifiant l'article 63 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Cet arrêté prévoit une prolongation du droit de base de 36 mois pour une période d'emploi à temps partiel ininterrompu (auprès d'un ou plusieurs employeurs) avec le droit à des allocations de garantie de revenus. Dans les cas où l'emploi fait au moins 1/3 ou 1/4 temps (pour autant que la dérogation à la limite 1/3 temps soit accordée pour les secteurs d'entreprise, la catégorie d'entreprise ou l'activité d'entreprise dans lesquels l'emploi s'est situé au niveau des conventions collectives de travail sectorielles) et a eu une durée d'au moins 6 mois, une 'neutralisation' de la période en cours des allocations d'insertion est effectuée.

Il produit ses effets le 1er janvier 2012.

Exécution de l'accord gouvernemental

30 décembre 2014. – ARRETE ROYAL modifiant les articles 36, 59bis, 59bis/1, 63, 64, 71bis, 72, 89bis, 114, 116, 126, 131bis, 153, 154, 155 et 157bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et abrogeant les articles 89, 90 et 125 dans le même arrêté.

Cet arrêté (voir infra allocations de chômage) modifie aussi les conditions pour l'octroi des allocations d'insertion :

la première demande d'allocations d'insertion qui se situe après le stage d'insertion professionnelle doit être introduite avant le 25ème anniversaire (auparavant le 30ème anniversaire) ;

- le jeune qui demande des allocations d'insertion avant l'âge de 21 ans, doit, à partir du 1er septembre 2015, être en possession d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur ou avoir terminé avec succès une formation en alternance. Cette condition sera donc d'application aux jeunes qui terminent leurs études après l'année scolaire 2014-2015 ;

- le jeune de moins de 21 ans qui ne satisfait pas à cette condition mais qui a pourtant terminé ses études (donc qui a suivi ses études jusqu'à la fin, mais sans diplôme ou attestation) ne peut bénéficier des allocations d'insertion qu'à partir de son 21^{ème} anniversaire.

Ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Condition de diplôme

23 septembre 2015. – ARRETE ROYAL modifiant l'article 36 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage

23 septembre 2015. – ARRETE MINISTERIEL insérant un chapitre IVbis portant un article 6 dans l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage

L'article 36 instaure une condition de diplôme pour les demandeurs d'une allocation d'insertion qui n'ont pas atteint l'âge de 21 ans au moment de la demande. Cette condition de diplôme est assouplie en prenant en considération un plus grand nombre de diplômes, de certificats ou d'attestations.

Ces arrêtés produisent leurs effets le 1^{er} septembre 2015.

Prestations

Le 1^{er} juin 2016 toutes les prestations octroyées dans le cadre de l'assurance-chômage belge ont été augmentées de 2%, suite à l'évolution de l'indice des prix « santé »; la précédente indexation remontait au 1^{er} décembre 2012.

Au niveau de la Sécurité sociale :

SOINS DE SANTE

RÉGIME GÉNÉRAL

Loi du 13 mars 2013 portant réforme de la retenue de 3,55% au profit de l'assurance obligatoire soins de santé et la cotisation de solidarité effectuées sur les pensions (I) (M.B. 21 mars 2013)

La cotisation de 3,55% servant au financement de l'INAMI et retenue sur les pensions est désormais levée par l'ONP. Ainsi, l'ONP est chargé de la perception et du recouvrement des deux cotisations sociales qui sont effectuées sur les pensions, notamment la cotisation INAMI et la cotisation de solidarité.

Par ailleurs en ce qui concerne la cotisation de solidarité il est prévu que :

La partie de la retenue à effectuer qui correspond aux pensions à charge d'un régime étranger, est opérée uniquement :

1° lorsque l'intéressé a fixé son lieu de résidence principale en Belgique et qu'il bénéficie d'une pension à charge d'un organisme belge de pension;

2° lorsque l'intéressé a fixé son lieu de résidence principale à l'étranger et qu'il bénéficie d'une pension à charge d'un organisme belge de pension mais qu'il ne bénéficie d'aucune pension à charge d'un organisme de pension du pays de résidence.

La présente loi entre en vigueur à la date fixée par le Roi, au plus tard le 1er janvier 2014, à l'exception notamment des nouvelles règles de perception de la cotisation de solidarité sur les pensions à charge d'un régime étranger, qui produisent leurs effets le 1er janvier 2013.

Intervention majorée de l'assurance soins de santé visant à simplifier les démarches éventuelles des assurés sociaux.

– Loi programme du 29 mars 2012 (M.B. 6 avril 2012)

Cette loi 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 d'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 mutualités et empêchait une transparence réelle. Enfin, la modification de la loi permet que les mutualités utilisent les données en leur possession de manière à leur permettre de réagir plus rapidement et de manière

Plusieurs modifications de la loi doivent être exécutées par arrêtés royaux pour une entrée en vigueur au plus tard le 1er janvier 2014.

Oxygénothérapie à domicile

– Loi programme du 29 mars 2012 (M.B. 6 avril 2012)

Création d'une base légale pour le remboursement de l'oxygène et des accessoires conformément aux recommandations du Centre fédéral d'Expertise des soins de santé afin de réaliser une mesure d'économie décidée par le gouvernement. La possibilité est prévue de rembourser via un forfait toutes les dépenses liées à l'oxygène, parmi lesquelles l'oxygène même, l'honoraire du pharmacien et la location du matériel.

Transport médical urgent – Tiers payant

– Arrêté royal du 24 avril 2012 modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, §1er, 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).

Cet arrêté rend possible le remboursement des frais de déplacement dans le cadre du régime du tiers payant selon des modalités fixées par le Comité de l'assurance de l'INAMI.

Réforme de l'oxygénothérapie

– Arrêté royal du 17 mai 2012 modifiant la liste annexée à 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 (M.B. 1 juin 2012).

La réglementation relative au remboursement de l'oxygénothérapie a été profondément modifiée au 1er juillet 2012. Les nouvelles règles sont basées sur des directives scientifiques relatives à des

indications concernant l'utilisation correcte d'oxygène. La réforme répond aux recommandations du Centre d'expertise (KCE) et permet de réaliser une importante économie.

Les principales modifications sont les suivantes :

- Distinction entre traitement de courte durée et traitement chronique.
- Concentrateur d'oxygène : le remboursement du concentrateur d'oxygène est accordé avec autorisation préalable du médecin-conseil pour le traitement de courte durée d'hypoxémie aiguë avec la mention « tiers payant applicable » pour les patients palliatifs.
- L'oxygène gazeux est inscrit au chapitre IV. Le remboursement est accordé avec autorisation préalable du médecin-conseil pour le traitement de courte durée d'hypoxémie aiguë et de "cluster headache" avec la mention « tiers payant applicable » pour les patients palliatifs.
- Insertion de nouvelles techniques dans la convention pour le traitement chronique. Concentrateurs d'oxygène portables mobiles et oxyconcentrateurs avec compresseur.

Chaque patient pour qui une oxygénothérapie est conseillée, peut prétendre au remboursement du traitement d'oxygénothérapie via une prescription et un traitement adaptés, soit pour une oxygénothérapie de courte durée, soit pour une oxygénothérapie à long terme via la convention de revalidation.

Ainsi, pour l'oxygénothérapie de longue durée, le médecin doit renvoyer le patient vers un service de pneumologie/pédiatrie d'un hôpital. Lors de l'insertion dans une convention d'oxygénothérapie de longue durée, le service pneumologie/pédiatrie avertira le pharmacien d'officine. Ce dernier ne pourra alors plus tarifier d'oxygénothérapie. Le pharmacien d'officine ne tarifiera plus, non plus, d'oxygène liquide.

Implants cochléaires

Arrêté royal du 20 juillet 2012 modifiant l'article 35 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. 14 août 2012, Ed. 2).

Les modifications apportées en matière d'implants cochléaires ont pour but d'assurer une meilleure protection pour le patient.

Les modifications consistent à supprimer du remboursement les prestations d'implants cochléaires et d'ajouter des prestations sous forme de kits, à changer la limite d'âge pour les bénéficiaires pour le remplacement du processeur vocal et en l'ajout de garanties (3 ans à 100% pour le corps principal de la partie non implantable et 5 ans à 100% pour la partie non implantable).

Loi portant des dispositions diverses du 19 mars 2013 – loi portant des dispositions diverses en matière de santé (I)

Cette loi apporte certaines modifications notamment en matière de :

- Enregistrement

Une disposition est insérée dans la loi coordonnée soins de santé qui permet au Roi de déterminer par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les données qui doivent être enregistrées pour les prestations de santé qu'il désigne. Les finalités de cet enregistrement pourront être une dispensation de soins aux bénéficiaires plus rapide et plus efficiente, le contrôle de la qualité et du coût des soins dispensés ou la recherche scientifique ou une combinaison de ces finalités.

- Conventions

Des modifications aux articles 42 (conventions) et 50 (rapports entre médecins et praticiens de l'art dentaire) de la loi coordonnée soins de santé visent à adapter le plus rapidement possible le cadre légal de façon à ce que des tarifs plus élevés pour les soins médicaux et hospitaliers ne puissent pas être appliqués aux personnes qui ne sont pas affiliées au régime de sécurité sociale national.

- Sages-femmes

Extension du secret médical vis-à-vis du médecin-traitant et du médecin-conseil aux sages-femmes puisque celles-ci peuvent également procéder à certains examens médicaux.

Possibilité pour les sages-femmes de prescrire à l'avenir certains médicaments de manière autonome dans le cadre du suivi d'une grossesse se déroulant normalement, d'un accouchement se déroulant normalement et des soins à des nouveau-nés en bonne santé.

- Prescription

Le délai de prescription de l'action en remboursement de cotisations payées indument passe de 2 ans à 5 ans.

- Soins dentaires

Extension des compétences du Roi en matière de nomenclature pour les prestations de l'art dentaire dans le sens où il peut déterminer des paramètres pouvant être utilisés pour limiter le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé au cours d'une période de référence déterminée.

- Forfaitarisation du petit matériel chirurgical

Création d'une base légale à la forfaitarisation du petit matériel chirurgical.

- Création d'un service spécial "Fonds des Accidents Médicaux" (F.A.M.) au sein de l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité (INAMI)

Il s'agit de l'intégration du fonds des accidents médicaux comme un nouveau service spécial de l'INAMI avec ses organes spécifiques et en abandonnant dès lors la personnalité juridique propre initialement prévue. Cette intégration doit offrir notamment les garanties suivantes :

o Une autonomie et un cloisonnement strict du service et de ses organes spécifiques dans l'exercice de leurs missions légales par rapport aux autres services de l'INAMI ;

o Une intégration fonctionnelle de la gestion dans le respect de l'autonomie et de l'indépendance dans la conduite des missions et principalement dans la gestion des dossiers individuels d'indemnisation.

- Prothèses de hanche

Arrêté royal du 4 octobre 2012 modifiant l'article 35 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. 19 octobre 2012, Ed. 4)

Par cet arrêté, la marge de sécurité pour les prothèses de hanche a été diminuée et est passée de 110% à 20% et le remboursement des prothèses de hanche avec cupule métal/métal ou céramique/céramique est augmenté.

- Audiciens

Arrêté royal du 22 octobre 2012 modifiant l'article 31 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. 29 octobre 2012)

Des changements sont apportés dans la nomenclature des audiciens en vue :

- d'améliorer le remboursement des appareils auditifs par l'extension des conditions de remboursement pour certains groupes de personnes,
- de clarifier les procédures administratives,
- de responsabiliser l'audicien et le patient,
- d'introduire un questionnaire standardisé (COSI) afin d'améliorer la satisfaction du patient.

- Malades chroniques - Pansements actifs

Arrêté royal du 3 octobre 2012 modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, §16bis, alinéa 1er, 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 pansements actifs (M.B. 9 novembre 2012)

La liste des pansements actifs qui sont pris en considération pour une intervention dans le cadre des mesures prises pour les bénéficiaires souffrant de plaies chroniques est adaptée. Cette adaptation se fait régulièrement vis arrêté royal.

- Dispositifs médicaux – oxyconcentrateurs et cassettes à médicaments

Arrêté royal du 3 octobre 2012 modifiant la liste annexée à 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 (M.B. 9 novembre 2012)

Des modifications sont apportées à la liste en différents endroits : de nouveaux oxyconcentrateurs sont désormais remboursables ainsi que des cassettes à médicaments utilisées avec des pompes.

L'élargissement de la gamme des oxyconcentrateurs remboursables offre une plus grande possibilité de choix pour le prestataire de soins et le bénéficiaire.

- Financement de la nouvelle catégorie de dépendance D en MRPA

Arrêté royal du 5 décembre 2012 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. 17 décembre 2012)

Arrêté ministériel du 5 décembre 2012 modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées (M.B. 17 décembre 2012)

Un budget a été alloué afin de financer un meilleur encadrement de la démence via la création d'une catégorie D en maison de repos et en maison de repos et de soins.

Un groupe de travail a été constitué pour rédiger des propositions. Ce groupe de travail s'est également penché sur la fonction et la situation dans l'organigramme de la personne de référence pour la démence.

Ces arrêtés par leur contenu visent la réalisation de cet objectif.

- Loi programme

Loi programme du 12 décembre 2012 (M.B. 31 décembre 2012)

Les modifications apportées par cette loi sont essentiellement les suivantes :

- Suppression de l'allocation pour frais funéraires dans le but de réaliser des économies ;
- En matière de médicaments :
 - o Baisse de prix modulable : introduction d'une diminution unique des prix et des bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables (= exécution d'une mesure d'économie décidée par le gouvernement) ; Baisse générale du prix de tous les médicaments de 1,95% avec la possibilité pour la firme pharmaceutique de la moduler sur les médicaments de son choix.
 - o Comparaison des prix européens : introduction d'une diminution unique des prix et bases de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables (= exécution d'une mesure d'économie décidée par le gouvernement) ; Baisse de prix des médicaments encore sous-brevet suite à la comparaison des prix dans un panel de six pays européens comparables.
- Blocage des prix des médicaments : instauration, comme chaque année, d'un blocage des hausses de prix des médicaments et implants pour l'année 2013 (= exécution mesures décidées par le gouvernement dans le cadre de la maîtrise des dépenses) ;
- Oxygène médical : introduction d'un article en vue d'exclure les préparations d'oxygène médical de la diminution de prix après remboursement depuis 12 et 15 ans.
- Accessibilité aux soins de santé

Loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilités aux soins de santé (M.B. 31 décembre 2012)

Les modifications les plus importantes apportées par cette loi sont les suivantes :

- Mineurs étrangers non accompagnés : assimilation à des périodes de fréquentation scolaire certaines périodes de séjour dans les centres d'observation et d'orientation et dans le centre Esperanto,
- Prothèses capillaires : création d'une base légale spécifique et inscription formelle des prothèses capillaires dans la liste des prestations de santé. Sur le plan pratique, le remboursement actuel est maintenu mais désormais sur une base légale plus conforme ;
- Radio-isotopes : modifications nécessaires pour la mise en place de la nouvelle procédure de remboursement des radio-isotopes. L'objectif est de mettre au point un système comparable à celui en vigueur pour les spécialités pharmaceutiques : inscription par produit, après évaluation d'un dossier de demande par le Conseil technique des Radio-isotopes, dans des délais déterminés ;

- Maximum à facturer : modifications en ce qui concerne l'intervention personnelle qui est prise en compte pour l'application du maximum à facturer pour les médicaments. Inclusion des médicaments repris aux catégories de remboursement Fa et Fb dans le maximum à facturer. Il s'agit de médicaments nécessaires sur le plan médico-thérapeutique tout comme ceux qui relèvent des catégories A et B et qui sont déjà pris en compte dans le cadre du maximum à facturer.

Prise en compte également dans le maximum à facturer de l'intervention personnelle qui est fixée en vertu de l'article 37, § 3/3 de la loi coordonnée pour les médicaments qui sont délivrés à des bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour ou d'autres institutions qui constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées.

- Statut affection chronique : introduction d'un statut « affection chronique ». Ce statut doit être précisé et défini par le Roi et permet de cibler une catégorie de bénéficiaires à laquelle certains droits seront accordés automatiquement. Ce statut s'intitule « statut affection chronique » pour qu'il n'y ait pas de confusion avec les dispositions relatives aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique et les enfants malades chroniques qui conservent leurs droits.

- Tiers payant : introduction d'une disposition qui a pour objet de rendre obligatoire l'application du régime du tiers payant pour deux groupes plus vulnérables : les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaire du statut affection chronique et ce, pour toutes les prestations de santé qui leur sont octroyées.

- Modifications à la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins : interdiction des suppléments d'honoraires en chambres communes et à deux lits.

- Economie dans le secteur des voiturettes (standards)

Arrêté royal du 17 décembre 2012 modifiant l'article 28, §8, 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 janvier 2013)

Cet arrêté royal porte une diminution de 50 EUR du remboursement des voiturettes standards et des interventions forfaitaires y associées (= économie de 520.950 EUR sur base annuelle).

- Screening du cancer du col de l'utérus

Arrêté royal du 11 février 2013 modifiant les articles 3 et 32 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 février 2013)

Arrêté royal du 11 février 2013 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. 25 février 2013)

Arrêté royal du 11 février 2013 modifiant l'article 37bis 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 février 2013) (M.B. 25 février 2013)

Par cet arrêté, la fréquence de remboursement des prestations effectuées dans le cadre du screening du cancer du col de l'utérus est modifiée de 1 fois tous les 2 ans à 1 fois tous les 3 ans.

La décision de modifier la nomenclature repose sur des données EBM et est prise dans la cadre de mesures d'économie. Un intervalle de 3 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus est conseillé dans les guidelines internationaux, et est utilisé dans la plupart des pays voisins.

En ce qui concerne l'intervention personnelle du patient, celle-ci est intégralement prise en charge par l'assurance soins de santé.

- Oxygénothérapie de courte durée à domicile

Arrêté royal du 11 mars 2013 modifiant la liste annexée à 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 (M.B. 15 mars 2013).

Cet arrêté prévoit désormais la possibilité de répartir la période de 3 mois de traitement remboursables sur 3 périodes de 1 mois réparties sur un an, avec possibilité de tarifier maximum 3 fois par an les frais d'installation.

Les pneumologues ont en effet émis le souhait de pouvoir répartir sur 1 an, les 3 mois de traitement en 3 périodes de 1 mois afin d'aider au mieux les patients avec exacerbations.

Mutation individuelle

19 JUILLET 2013 – Arrêté royal 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. 14 août 2013)

Les échanges papier sont désormais remplacés par un flux électronique. Celui-ci doit permettre une gestion plus efficace des données de mutation grâce à laquelle un traitement statistique et un contrôle sont devenus possibles.

Ces modifications impliquent tant pour l'INAMI que pour les organismes assureurs, une simplification administrative.

Réforme de la cotisation de 3,55%

8 DECEMBRE 2013 – Arrêté royal portant exécution des articles 4 et 13 de la loi du 13 mars 2013 portant réforme de la retenue de 3,55 % au profit de l'assurance obligatoire soins de santé et de la cotisation de solidarité effectuées sur les pensions (M.B. 16 décembre 2013)

Cet arrêté adapte, de façon identique à la loi du 13 mars 2013, la définition du terme pension pour y englober les pensions des régimes étrangers ou d'institutions internationales.

Carte SIS

29 JANVIER 2014 – Loi portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+ (M.B. 12 février 2014)

La carte SIS est appelée à disparaître progressivement et une carte ISI+ sera délivrée progressivement :

- aux personnes identifiées au moyen d'un identifiant, qui ne peuvent pas disposer d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte d'étranger électronique ou d'un document de séjour électronique, qui valent certificat d'inscription dans les registres de la population et qui peuvent bénéficier de prestations sociales dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

- à tous les enfants âgés de moins de douze ans qui peuvent bénéficier de prestations sociales dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La loi établit également les obligations auxquels tout assuré social est tenu. Il appartient à la Banque carrefour de la sécurité sociale d'assurer la gestion du fichier central des cartes ISI+ et au Roi de déterminer les modalités relatives au contenu des données à reprendre pour l'identification des assurés sociaux et pour la protection des cartes ISI+. Le Roi détermine en outre les modalités de la délivrance ainsi que les cas dans lesquels une contribution est demandée à l'assuré social pour le remplacement de sa carte ISI+.

26 FEVRIER 2014 – Arrêté royal exécutant la loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et le carte ISI+ (M.B. 7 mars 2014).

Au 1er janvier 2014, la carte SIS est donc supprimée comme support de l'assurabilité des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé.

Un nouveau système remplira, de manière séparée, les 2 fonctionnalités de la carte SIS à savoir,

- L'identification de l'assuré social : pour les personnes qui en disposent, c'est le titre d'identité électronique qui va servir pour identifier de manière certaine l'assuré social et pour lire électroniquement son numéro d'identification de sécurité sociale (NISS).

Pour les personnes qui relèvent bien de la sécurité sociale belge mais qui n'ont pas nécessairement un titre d'identité électronique (travailleurs frontaliers, détachés, enfants de moins de 12 ans, etc.), une nouvelle carte est donc prévue : la carte ISI+ qui permettra une identification de son détenteur du fait qu'elle affichera son numéro unique.

- La vérification du droit au remboursement des soins de santé. Les données d'assurabilité seront accessibles en ligne auprès des mutualités via le réseau MyCareNet.

Accessibilité en soins de santé

7 FEVRIER 2014 – Loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité en soins de santé (M.B. 25 février 2014, Ed.2)

Cette loi a apporté des modifications dans la réglementation soins de santé dont

- en matière de publicité : les informations relatives au statut de conventionnement des médecins sont rendues disponibles sur le site internet de l'INAMI. Cette mesure doit permettre d'améliorer la transparence de l'information préalable à une visite chez le médecin.

- Fonds spécial de solidarité : le champ d'application des interventions du Fonds spécial de solidarité est étendu aux prestations médicales au sein de l'Union européenne.

Plan cancer – intervention pour l'hadronthérapie

18 JUIN 2013 – Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, §2, alinéa 1er, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour l'intervention dans le coût d'un traitement avec hadronthérapie (M.B. 15 juillet 2013).

Désormais, des conventions peuvent être conclues entre l'INAMI, des Centres de radiothérapie reconnus et des centres d'hadronthérapie spécialisés en vue de bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le traitement par hadronthérapie.

Ces conventions permettent à l'assurance obligatoire soins de santé d'accorder des interventions en rapport avec :

- les coûts afférents au traitement dans un centre d'hadronthérapie ;
- les frais de transport et de séjour qui en découlent tant du bénéficiaire que de la personne qui l'accompagne pour le traitement en question, si le traitement a lieu à l'étranger ;
- un remboursement forfaitaire en faveur du centre d'hadronthérapie pour l'avis au Conseil d'accord concernant la possibilité d'un traitement par hadronthérapie ;
- un remboursement forfaitaire en faveur du centre de radiothérapie qui procède au renvoi pour la préparation du dossier de renvoi au centre d'hadronthérapie.

28 JUIN 2013 – Loi programme (1) (M.B. 1er juillet 2013).

Cette loi apporte notamment les modifications suivantes :

- Maximum à facturer : octroi du maximum à facturer pour malades chroniques (autrement dit, diminution du plafond d'interventions personnelles de 100 EUR) au ménage dont un membre bénéficie du statut affection chronique.
- Pour les personnes qui ne sont pas inscrites dans le Registre national des personnes physiques, la compétence est donnée au Roi de déterminer comment la composition de ménage sera établie dans ce cas de figure.

Nomenclature logopédie

4 JUILLET 2013 – Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 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. 16 juillet 2013).

Cet arrêté a modifié les critères de remboursement des séances de logopédie.

Transposition de la Directive 2011/24 UE

18 OCTOBRE 2013 – Arrêté royal 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 les prestations de santé dispensées à l'étranger (M.B. 10 octobre 2013)

18 OCTOBRE 2013 – Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger (M.B. 10 octobre 2013)

L'arrêté royal prévoit la transposition partielle des articles 7, 8 et 9 de la Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

La Belgique devait en effet, avant le 25 octobre 2013, prendre les dispositions légales et administratives nécessaires pour transposer la Directive 2011/24/UE dans le droit national.

Accessibilité aux soins de santé

27 DECEMBRE 2012 – Loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (M.B. 31 décembre 2012)

Cette loi a apporté certaines modifications ayant pour thèmes :

- Les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) : certaines périodes de séjour dans les centres d'observation et d'orientation et dans le centre Esperanto sont assimilées à des périodes de fréquentation scolaire,

- Le Maximum à facturer : les médicaments repris aux catégories de remboursement Fa et Fb sont inclus dans le maximum à facturer. Il s'agit de médicaments nécessaires sur le plan médico-thérapeutique tout comme ceux qui relèvent des catégories A et B et qui sont déjà pris en compte dans le cadre du maximum à facturer.

Prise en compte également dans le maximum à facturer de l'intervention personnelle qui est fixée en vertu de l'article 37, § 3/3 de la loi coordonnée pour les médicaments qui sont délivrés à des bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour ou d'autres institutions qui constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées.

- Le Statut affection chronique : ce statut est introduit. Il doit encore être précisé et défini par le Roi.

- Le Tiers payant : introduction d'une disposition qui a pour objet de rendre obligatoire l'application du régime du tiers payant pour deux groupes plus vulnérables : les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affection chronique et ce, pour toutes les prestations de santé qui leur sont octroyées.

- Les modifications à la loi relative aux hôpitaux et autres établissements de soins : interdiction des suppléments d'honoraires en chambres communes et à deux lits.

MAF – Règlements européens

15 DECEMBRE 2013 – Arrêté royal 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 soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 20 décembre 2013)

Les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé résidant à l'étranger qui, sur la base des Règlements européens en matière de sécurité sociale ou d'une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs Etats, ont droit aux soins de santé dans le pays de leur résidence à charge de la Belgique et qui ont droit de revenir en Belgique pour tous les soins de santé sans qu'une autorisation préalable ne soit exigée, ont droit aux prestations de santé en Belgique de la même manière et aux mêmes conditions que les assurés résidant en Belgique. Le maximum à facturer leur est donc applicable.

La modification apportée par cet arrêté résulte donc de l'entrée en vigueur du règlement (CE) 883/2004.

Statut affection chronique

15 DECEMBRE 2013 – Arrêté royal portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 23 décembre 2013)

Cet arrêté exécute l'article 37vicies/1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 inséré par la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé.

Le statut affection chronique est ouvert :

- de manière automatique par la mutualité auprès de laquelle est affilié ou inscrit le bénéficiaire sur base d'un critère financier ou sur base du bénéfice d'une allocation forfaitaire ;

- sur base d'une attestation rédigée par un médecin-spécialiste, certifiant que le bénéficiaire souffre d'une maladie rare ou orpheline.

L'arrêté détermine les conditions d'ouverture, de maintien, et de retrait du statut de personne atteinte d'une affection chronique :

Ouverture automatique sur base du critère financier

L'assuré doit avoir eu des dépenses de santé d'au minimum 300 EUR par trimestre civil, pendant au moins 8 trimestres consécutifs, les 8 trimestres civils concernés constituant deux années civiles consécutives.

Les dépenses sont les dépenses relatives aux prestations totalement ou partiellement couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé (interventions de la mutualité et tickets modérateurs de l'assuré).

Ouverture automatique sur base du critère du bénéfice effectif de l'allocation forfaitaire pour frais de santé élevés.

Pour bénéficier du statut de la personne atteinte d'une affection chronique sur base de ce critère, l'assuré doit effectivement bénéficier de l'allocation forfaitaire et pas seulement remplir les conditions.

Octroi sur la base du critère d'une maladie rare ou orpheline

Pour que le statut soit ouvert sur base de ce critère, les deux conditions suivantes doivent être remplies :

- l'assuré doit avoir dépensé un total de minimum 300 EUR de dépenses de santé par trimestre civil, durant huit trimestres civils consécutifs, qui constituent deux années civiles,

- l'assuré doit être atteint d'une maladie rare ou orpheline, tel qu'il ressort d'une attestation médicale établie par un médecin spécialiste.

La réforme de l'intervention majorée

15 JANVIER 2014 – Arrêté royal relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 29 janvier 2014)

Cet arrêté concrétise la réforme de l'intervention majorée de l'assurance.

Il existe deux manières d'ouvrir le droit à l'intervention majorée de l'assurance :

- soit automatiquement sur la base du bénéfice d'un avantage ou d'une situation déterminée ;

- soit après une enquête sur les revenus opérée par la mutualité.

Pour ouvrir le droit sur la base d'une enquête sur les revenus, la qualité en laquelle le titulaire est inscrit auprès de la mutualité n'est plus déterminante ; c'est la stabilité de revenus modestes qui l'est. Une période de référence d'un an pour les revenus est dès lors imposée. Toutefois, lorsque la situation particulière de l'assuré (pensionné, invalide, chômeur de longue durée...) permet de présumer la stabilité des revenus, cette période de référence ne s'applique pas.

Afin de repérer de manière rapide les ménages se trouvant dans une situation financière difficile et d'ainsi permettre un octroi aussi rapide que possible de l'intervention majorée de l'assurance, un « flux proactif » est prévu à partir de 2015.

La notion de ménage utilisée est identique quelle que soit la manière d'ouvrir le droit à l'intervention majorée. Cela constitue une simplification par rapport à la réglementation actuelle.

Aidant proche

12 MAI 2014 – Loi relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance (M.B. 6 juin 2014)

Cette loi définit la notion d'aidant-proche et institue une procédure de reconnaissance.

Maximum à facturer – personne atteinte d'une affection chronique

22 MAI 2014 – Arrêté royal 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 soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 13 juin 2014)

Le bénéficiaire du « maximum à facturer malades chroniques » qui consiste en une diminution de 100 EUR du plafond du MâF applicable à un ménage, est étendu aux ménages comprenant un bénéficiaire du statut de personne atteinte d'affection chronique.

Cotisations titulaires résidents

25 avril 2014 – Arrêté royal modifiant l'article 134 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. 18 juillet 2014)

Tous les titulaires résidents qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance soins de santé sont dispensés automatiquement du paiement de toute cotisation.

Indemnité des apprentis – formation en alternance

29 juin 2014 - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les apprentis, 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, et l'arrêté royal du 13 août 1984 portant exécution de l'article 45 de la loi de redressement du 31 juillet 1984 (M.B. 23 juillet 2014)

Suite à l'introduction d'un statut de sécurité sociale uniforme pour les systèmes de formation en alternance à partir du 1er juillet 2015, une modification de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI est requise.

Intervention dans les soins à l'Étranger

24 juin 2014 – Arrêté ministériel fixant la liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable en vertu de l'article 294, §1er, 14°, deuxième alinéa, sous a), 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. 22 juillet 2014).

L'arrêté transpose partiellement la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Les prestations de santé soumises à une autorisation préalable y sont définies.

Indemnité en compensation du licenciement – Stage pour le droit aux indemnités d’incapacité de travail

22 mai 2014 – Arrêté royal 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. 23 juillet 2014)

Les jours couverts par l’indemnité en compensation du licenciement (visée dans l’article 7, § 1er, alinéa 3, zf), de l’arrêté-loi du 28 décembre 1994 concernant la sécurité sociale des travailleurs » sont assimilés à des jours de travail.

L’attestation d’ayant droit à une indemnité en compensation du licenciement est considérée comme documents de cotisation.

L’ONEM communique aux organismes assureurs les données d’identification des travailleurs concernés ainsi que la période au cours de laquelle ils bénéficient de l’indemnité en compensation du licenciement et le montant de cette indemnité.

La période couverte par l’indemnité en compensation du licenciement est ajoutée à la liste des périodes qui peuvent être considérées comme représentant une valeur de cotisation suffisante.

Simplification tickets modérateurs médecins spécialistes

19 décembre 2014 – Arrêté royal modifiant l’article 37bis de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 29 décembre 2014, Ed. 3).

19 décembre 2014 – Arrêté royal 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. 29 décembre 2014, Ed. 3).

Depuis le 1er janvier 2015, les assurés ordinaires paient automatiquement 12 EUR chez le médecin spécialiste et les bénéficiaires de l’intervention majorée 3 EUR.

A côté de cela, la majoration d’une consultation d’un médecin spécialiste lorsque la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8h00 et 21h00 est fixée à 1,50 EUR pour l’assuré préférentiel et 6 EUR pour l’assuré ordinaire.

19 décembre 2014 – Loi programme (M.B. 29 décembre 2014)

Cette loi prévoit notamment une disposition en matière de saut d’index ; ainsi, au cours de l’année calendrier 2015, aucune indexation n’est appliquée sur l’ensemble des honoraires, interventions, tickets modérateurs, plafonds des tickets modérateurs et prix.

A partir de 2016, les indexations qui sont basées sur le mécanisme juin-juin sont réalisées à la date prévue dans les différents arrêtés concernés

Accord national médico-mutualiste

22 décembre 2014 – Accord national médico-mutualiste 2015 (M.B. 27 janvier 2015.)

Cet accord prévoit notamment de tenir compte du fait que l'accord de gouvernement a prévu une extension de l'interdiction légale de facturer des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou les salles communes aux hospitalisations de jour.

Il prévoit également l'obligation d'appliquer le tiers payant à partir du 1er juillet 2015 pour les consultations de médecin-généraliste pour les assurés bénéficiant du régime préférentiel.

Les suppléments pour soins dentaires urgents

2 octobre 2014 – Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires (M.B. 12 janvier 2015)

2 octobre 2014 – Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'article 6 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. 12 janvier 2015)

Le ticket modérateur réclamé dans le cadre des suppléments d'urgence pour des prestations techniques urgentes de dentisterie est désormais fixé comme suit :

- Elle est nulle pour les enfants de moins de 18 ans,
- De 1 EUR pour les bénéficiaires de l'intervention majorée,
- De 13 EUR pour les bénéficiaires ordinaires pour les 5 suppléments d'urgence.

L'évolution de l'indice pour les suppléments d'urgence se fera selon un mécanisme de cliquet par lequel l'augmentation du ticket modérateur n'est réalisée que si la différence entre le nouveau montant du ticket modérateur et l'ancien montant est supérieure à 0,5 EUR.

En outre, une nouvelle disposition doit permettre de mieux lutter contre l'utilisation abusive des suppléments d'urgence plus particulièrement, dans les pratiques qui sont ouvertes 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Assimilation des travailleurs à temps partiel volontaires bénéficiaires d'une allocation de garantie de revenus à des chômeurs contrôlés

22 février 2015 – Arrêté royal 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. 10 mars 2015).

Pour rappel, en vue d'encourager les travailleurs à temps partiel volontaires à reprendre le travail, une allocation de garantie de revenus peut être octroyée à partir du 1er juillet 2013 pour les heures de chômage complet au travailleur à temps partiel volontaire qui reprend le travail à temps partiel. La réglementation relative au chômage a été modifiée en vue de l'octroi de cette allocation.

Les travailleurs à temps partiel volontaires (avec maintien des droits) qui bénéficient d'une allocation de garantie de revenus sont assimilés à des chômeurs contrôlés pour le secteur des soins de santé et le secteur des indemnités.

30 avril 2014 – Règlement 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. 30 mars 2015)

La modification de la réglementation relative au chômage à la suite de l'octroi de l'allocation de garantie de revenus a un impact sur le secteur des indemnités et plus précisément, au niveau de

l'assurabilité et du calcul des indemnités. Le message électronique L500 et la feuille de renseignements indemnités sur papier doivent être modifiés.

Le mode de calcul des indemnités dans le cas où l'intéressé a droit à une allocation de garantie de revenu est défini.

Degré de dépendance des personnes âgées

24 mars 2015 – Arrêté royal 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. 13 avril 2015)

La loi du 10 avril 2014 a permis d'adjoindre des kinésithérapeutes aux médecins-conseils et aux praticiens de l'art infirmier composant les collèges locaux chargés, entre autres choses, de la vérification du degré de dépendance des personnes âgées hébergées dans les maisons de repos.

Le protocole de transition pris dans le cadre de la loi spéciale du 6 janvier 2014 (sixième réforme de l'Etat) prévoit notamment que la continuité des contrôles du degré de dépendance soit assurée par l'INAMI. La modification apportée par cet arrêté à l'arrêté royal du 3 juillet 2014 permet cette continuité.

Nouveau modèle de facture hôpital

21 MAI 2015 – Règlement 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. 17 juin 2015).

Un nouveau modèle de facture patient pour les hôpitaux a été établi. Ce nouveau modèle vise d'une part, la simplicité et la compréhension pour le patient et d'autre part, le maintien de suffisamment de données détaillées pour les organismes assureurs et les assurances hospitalisations.

Ainsi, la facture patient actuelle est divisée en deux modèles de facture :

- Un premier modèle est d'application pour les hospitalisations d'une nuit et pour l'hôpital de jour,
- Un deuxième modèle de facture s'applique aux prestations ambulatoires effectuées dans un hôpital qui sont facturées via le système du tiers payant.

INDEMNITES DE MALADIE

Calcul des indemnités

– Règlement du 16 novembre 2011 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. 29 décembre 2011).

Ce règlement modifie, à partir du 1er janvier 2012, la réglementation fixant la rémunération perdue devant être prise en compte pour le calcul des indemnités quand aucun salaire de référence n'est disponible :

- Pour les jeunes en apprentissage industriel liés par un contrat d'apprentissage au début de l'incapacité de travail, la rémunération perdue est égale aux indemnités d'apprentissage auxquelles ils auraient pu prétendre le premier jour de l'incapacité de travail.

- Une nouvelle réglementation est élaborée pour une nouvelle catégorie de travailleurs, regroupés sous la dénomination “travailleurs intérimaires, saisonniers et temporaires”. Auparavant, il était uniquement question de “travailleurs intermittents et travailleurs saisonniers”.

- Pour les titulaires en état de chômage sans rémunération de référence au début du risque, le délai dans lequel la rémunération est calculée est prorogé de 30 jours après la cessation du contrat de travail (précédemment de 14 jours après la fin du contrat de travail).

- Un mode de calcul des indemnités est prévu dans la situation particulière du bénéficiaire qui, au moment où l’incapacité de travail est apparue, a cessé d’être assujéti au système belge d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis 30 jours. Auparavant, c’était le cas après 14 jours.

- Des modifications se produisent également pour le calcul de prestations quand la période d’incapacité de travail suit immédiatement une période de protection de la maternité et inversement, notamment pour les apprentis industriels et les gardiennes d’enfants.

- Si l’organisme assureur ne dispose pas d’éléments dans la Feuille de renseignements, nécessaires à la fixation du montant de la rémunération perdue, l’indemnité est calculée sur base de la rémunération minimum fixée pour un employé de catégorie I ayant une expérience professionnelle de niveau 0, par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés. Pour les titulaires occupés à temps partiel, la moitié de cette rémunération est prise en considération.

Indemnités indument payées – réadaptation professionnelle

– Loi programme du 29 mars 2012 (M.B. 6 avril 2012)

Prestations payées indument : les organismes assureurs sont désormais tenus de communiquer à l’INAMI, par mutualité ou office régional de la CAAMI, par titulaire et par nature du risque :

- le montant des indemnités payées indument ;

- la cause du paiement indu et si celui-ci résulte d’une erreur, d’une faute ou d’une négligence de l’organisme assureur ;

- les montants d’indemnités récupérés ;

- les montants non récupérés ainsi que les motifs justifiant l’absence de récupération.

Réadaptation professionnelle : augmentation du montant des prestations de réadaptation professionnelle octroyées aux titulaires reconnus incapables de travailler qui suivent un programme de réadaptation professionnelle agréé par le Conseil médical de l’invalidité de l’INAMI. Le montant de la prime allouée par heure de formation suivie est porté de 1 EUR à 5 EUR. Le montant de l’allocation forfaitaire octroyée au titulaire qui a terminé avec succès un programme de réadaptation professionnelle est porté de 250 EUR à 500 EUR.

Qualité de travailler ayant personne à charge

Arrêté royal du 15 octobre 2012 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. 24 octobre 2012, Ed. 2)

Par cet arrêté, le titulaire en incapacité de travail qui cohabite avec une personne bénéficiant de l’indemnité minimum travailleur régulier cohabitant peut, à partir du 1er septembre 2011, bénéficier d’une indemnité avec charge, nonobstant l’augmentation de 2% de cette indemnité minimum prévue dans le cadre des adaptations au bien-être (ce dans l’attente d’une mesure structurelle).

Modification de la réglementation du chômage – Influence sur le secteur indemnités

Arrêté royal du 29 janvier 2013 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 mars 2013)

Cet arrêté apporte une modification aux conditions requises pour pouvoir bénéficier d'une dispense de stage sur la base des études.

Il adapte également l'assurance continuée pour les titulaires qui (au plus tôt à partir du 1er janvier 2015) perdent leur droit aux allocations d'insertion.

Etant donné la limitation dans le temps des allocations d'insertion, les bénéficiaires desdites allocations peuvent perdre la qualité de titulaire de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité et ne pourront dès lors plus prétendre aux prestations desdites assurances.

L'allocation pour frais funéraires

12 DECEMBRE 2012 – Loi programme (M.B. 31 décembre 2012)

L'allocation pour frais funéraires est supprimée à partir du 1er janvier 2013.

Contrôle de l'incapacité de travail

21 DECEMBRE 2013 – Loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de législation sociale (1) (M.B. 27 janvier 2014).

Cette loi apporte notamment des modifications dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et plus particulièrement dans le secteur des indemnités. Le Conseil médical de l'invalidité institué au sein de l'INAMI est ainsi réformé en vue d'améliorer le contrôle de l'incapacité primaire, ainsi que la qualité des décisions prises en invalidité et, par conséquent, de mener une politique centrée sur le retour volontaire au travail des assurés sociaux qui disposent de capacités de travail non exploitées.

25 AVRIL 2014 – Loi portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale (M.B. 6 juin 2014)

Cette loi introduit une seconde exception à la condition de cessation complète de toute activité requise pour la prise en considération des périodes de repos de maternité.

La loi vise principalement les deux situations suivantes :

- la situation de la travailleuse qui est titulaire de plusieurs emplois salariés et qui, dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée, a été écartée de l'une mais pas de toutes ses occupations et continue donc à exercer un travail (ne présentant pas de risque pour sa grossesse), de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.
- la situation de la travailleuse qui a repris un travail adapté durant son incapacité de travail dans les conditions visées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée (de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement), afin de lui permettre de bénéficier de la prolongation du repos postnatal à concurrence des périodes de travail accomplies dans le cadre du travail adapté.

La modification apportée en matière de protection de la maternité modifie ainsi la législation en vue de la rendre conforme à l'arrêt rendu par la Cour constitutionnelle le 10 novembre 2011.

Calcul des indemnités des travailleurs occasionnels de l'HORECA

15 octobre 2014 – Règlement 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. 5 novembre 2014).

Pour rappel, le Moniteur belge du 27 novembre 2013 a publié la loi portant diverses modifications en vue de l'instauration d'un nouveau système social et fiscal pour les travailleurs occasionnels dans le secteur de l'HORECA et l'arrêté relatif à l'occupation des travailleurs occasionnels dans le secteur de l'HORECA.

Pour les travailleurs occasionnels de l'HORECA qui remplissent toutes les conditions pour que les cotisations de sécurité sociale soient calculées sur base du forfait réduit, la rémunération journalière moyenne est dorénavant déterminée sur base du forfait « garçon de café » plutôt que sur base du salaire forfaitaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale ont été prélevées.

Réintégration socio-professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler

19 décembre 2014 – Loi programme (M.B. 29 décembre 2014)

Cette loi prévoit notamment

*L'élaboration d'un plan de réintégration et, lorsque nécessaire, d'un trajet temporaire de réintégration au plus tard trois mois après le début de l'incapacité de travail.

Des entretiens périodiques de suivi et d'évaluation du plan de réintégration seront organisés.

Il appartiendra au Roi de déterminer les acteurs impliqués, le contenu et les modalités du plan de réintégration ainsi que les modalités du suivi régulier.

- Le montant des indemnités d'incapacité de travail sera calculé sur la base d'une période de référence des quatre trimestres qui précèdent le trimestre de l'incapacité de travail,

- la période de stage sera également portée à 12 mois. Les conditions d'ouverture du droit aux indemnités de maternité (120 jours de travail durant un stage de six mois) restent inchangées, ce congé étant limité dans le temps,

- A partir du 1er janvier 2015, il est prévu d'instaurer un plafond maximum ; le montant de l'indemnité d'incapacité de travail d'un chômeur sera limité au montant de l'indemnité d'incapacité de travail auquel l'intéressé aurait droit si, avant le début de son incapacité de travail, il n'était pas chômeur mais bien travailleur.

*La modification de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne" en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, et harmonisant certaines dispositions légales : la modification apportée vise à donner une habilitation au Roi pour modifier le mode de calcul des indemnités octroyées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et des allocations de chômage, à partir du 1er janvier 2015.

Suppression du jour de carence

28 février 2015 – Règlement 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. 11 mai 2015)

Ce règlement supprime le jour de carence tel que défini à l'article 92 de la loi SSI et fixé à l'article 1er du règlement du 16 avril 1997.

La suppression s'inscrit dans la continuité de celle introduite par la loi du 26 décembre 2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que des mesures d'accompagnement (cf. arrêt du 7 juillet 2011 de la Cour constitutionnelle).

Revalorisation des indemnités

28 avril 2015 – Arrêté royal 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. 13 mai 2015).

28 avril 2015 – Arrêté royal 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. 13 mai 2015).

-Au 1er avril 2015 : Augmentation du plafond de revenu de 1,25%

Le montant du salaire maximum pris en compte pour le calcul des indemnités au 1er avril 2015 est augmenté de 1,25%. Ce plafond est à partir de cette date d'application pour les nouveaux cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité. Le nouveau montant s'élève à 100,9832 EUR (index pivot 103,14 - base 1996 = 100).

-Au 1er mai 2015 : Relèvement de la prime de rattrapage de 160 EUR (2 ans IT)

La prime de rattrapage octroyée aux invalides dont la durée de l'incapacité atteint 2 ans au 31 décembre de l'année qui précède est relevée de 160 EUR . Cette mesure entre en vigueur pour la première fois en mai 2015. Le montant forfaitaire de cette prime est de 354,7482 EUR (indice de base 103,14-base 1996=100).

-Au 1er septembre 2015 :

- a) Revalorisation du minimum de travailleur régulier pour les titulaires avec charge et les isolés suite à l'augmentation de la pension minimum des travailleurs salariés et revalorisation du minimum de travailleur régulier cohabitant.

Au 1er septembre 2015, les montants de la pension minimum (avec charge et isolés) des travailleurs salariés augmentent de 2%. Suite à la liaison du minimum de travailleur régulier (avec charge et isolé) à la pension minimum , les montants des minima de travailleur régulier avec charge et isolé augmentent également de 2%. Le montant de base du travailleur régulier cohabitant est également augmenté de 2% soit un montant de base de 28,6368 EUR (indice de base 103,14-base 1996=100).

-b) Augmentation du minimum de travailleur non régulier

Au 1er septembre 2015, les montants des minima de travailleur non régulier sont augmentés de 2% suite à l'augmentation de 2% du revenu d'intégration .

-c) Revalorisation des indemnités des titulaires qui sont en incapacité depuis 6 ans.

Les titulaires dont la durée d'incapacité atteint 6 ans voient leur indemnité revalorisée de 2% à partir du 1er septembre 2015. En 2015, il s'agit des invalides dont l'incapacité de travail se situe entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2009. Cette mesure récurrente a pour conséquence que chaque titulaire dont la durée d'incapacité atteint 6 ans reçoit une adaptation au bien-être de 2%.

Cette mesure ne s'applique pas aux minima.

Système de formation en alternance – statut uniforme – calcul des indemnités à charge de l'assurance indemnités et maternité

29 avril 2015 – Règlement 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 juin 2015)

Des modifications sont apportées au règlement sur les indemnités du 16 avril 1997 pour le calcul des indemnités de l'apprenti lié par un contrat d'apprentissage dans le cadre d'une formation en alternance.

Ces modifications font suite à l'entrée en vigueur au 1er juillet d'un statut uniforme en matière de sécurité sociale pour les systèmes de formation en alternance.

Octroi congé de naissance et congé de maternité converti au coparent

11 juin 2015 – Arrêté royal 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. 26 juin 2015).

Cet arrêté exécute les dispositions légales en matière de congé de naissance et de congé de maternité converti dans le secteur des indemnités.

Il s'agit d'octroyer au coparent un droit au congé de naissance et un droit au congé de maternité converti en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère.

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Au niveau fédéral

Au niveau de la Sécurité sociale :

Montant mensuel minimum des prestations de maladie versées à un travailleur célibataire :

Travailleur salarié :

Jusqu'au 1^{er} jour du 7^{ème} mois d'incapacité de travail. 2400 EUR

A partir du 7^{ème} mois : 1520 EUR

Travailleur indépendant :

Indemnité forfaitaire : 1285 EUR

PRESTATIONS DE MATERNITE

Calcul des indemnités

– Règlement du 16 novembre 2011 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. 29 décembre 2011).

Ce règlement modifie, à partir du 1er janvier 2012, la réglementation fixant la rémunération perdue devant être prise en compte pour le calcul des indemnités quand aucun salaire de référence n'est disponible :

- Pour les jeunes en apprentissage industriel liés par un contrat d'apprentissage au début de l'incapacité de travail, la rémunération perdue est égale aux indemnités d'apprentissage auxquelles ils auraient pu prétendre le premier jour de l'incapacité de travail.
- Une nouvelle réglementation est élaborée pour une nouvelle catégorie de travailleurs, regroupés sous la dénomination "travailleurs intérimaires, saisonniers et temporaires". Auparavant, il était uniquement question de "travailleurs intermittents et travailleurs saisonniers".
- Pour les titulaires en état de chômage sans rémunération de référence au début du risque, le délai dans lequel la rémunération est calculée est prorogé de 30 jours après la cessation du contrat de travail (précédemment de 14 jours après la fin du contrat de travail).
- Un mode de calcul des indemnités est prévu dans la situation particulière du bénéficiaire qui, au moment où l'incapacité de travail est apparue, a cessé d'être assujéti au système belge d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis 30 jours. Auparavant, c'était le cas après 14 jours.
- Des modifications se produisent également pour le calcul de prestations quand la période d'incapacité de travail suit immédiatement une période de protection de la maternité et inversement, notamment pour les apprentis industriels et les gardiennes d'enfants.
- Si l'organisme assureur ne dispose pas d'éléments dans la Feuille de renseignements, nécessaires à la fixation du montant de la rémunération perdue, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération minimum fixée pour un employé de catégorie I ayant une expérience professionnelle de niveau 0, par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés. Pour les titulaires occupés à temps partiel, la moitié de cette rémunération est prise en considération.

Indemnités indument payées – réadaptation professionnelle

– Loi programme du 29 mars 2012 (M.B. 6 avril 2012)

Prestations payées indument : les organismes assureurs sont désormais tenus de communiquer à l'INAMI, par mutualité ou office régional de la CAAMI, par titulaire et par nature du risque :

- le montant des indemnités payées indument ;
- la cause du paiement indu et si celui-ci résulte d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence de l'organisme assureur ;
- les montants d'indemnités récupérés ;
- les montants non récupérés ainsi que les motifs justifiant l'absence de récupération.

Réadaptation professionnelle : augmentation du montant des prestations de réadaptation professionnelle octroyées aux titulaires reconnus incapables de travailler qui suivent un programme de réadaptation professionnelle agréé par le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI. Le montant de la prime allouée par heure de formation suivie est porté de 1 EUR à 5 EUR. Le montant de l'allocation forfaitaire octroyée au titulaire qui a terminé avec succès un programme de réadaptation professionnelle est porté de 250 EUR à 500 EUR.

Qualité de travailler ayant personne à charge

Arrêté royal du 15 octobre 2012 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. 24 octobre 2012, Ed. 2)

Par cet arrêté, le titulaire en incapacité de travail qui cohabite avec une personne bénéficiant de l'indemnité minimum travailleur régulier cohabitant peut, à partir du 1er septembre 2011, bénéficier d'une indemnité avec charge, nonobstant l'augmentation de 2% de cette indemnité minimum prévue dans le cadre des adaptations au bien-être (ce dans l'attente d'une mesure structurelle).

Modification de la réglementation du chômage – Influence sur le secteur indemnités

Arrêté royal du 29 janvier 2013 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 mars 2013)

Cet arrêté apporte une modification aux conditions requises pour pouvoir bénéficier d'une dispense de stage sur la base des études.

Il adapte également l'assurance continuée pour les titulaires qui (au plus tôt à partir du 1er janvier 2015) perdent leur droit aux allocations d'insertion.

Etant donné la limitation dans le temps des allocations d'insertion, les bénéficiaires desdites allocations peuvent perdre la qualité de titulaire de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité et ne pourront dès lors plus prétendre aux prestations desdites assurances.

L'allocation pour frais funéraires

12 DECEMBRE 2012 – Loi programme (M.B. 31 décembre 2012)

L'allocation pour frais funéraires est supprimée à partir du 1er janvier 2013.

Contrôle de l'incapacité de travail

21 DECEMBRE 2013 – Loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de législation sociale (1) (M.B. 27 janvier 2014).

Cette loi apporte notamment des modifications dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et plus particulièrement dans le secteur des indemnités. Le Conseil médical de l'invalidité institué au sein de l'INAMI est ainsi réformé en vue d'améliorer le contrôle de l'incapacité primaire, ainsi que la qualité des décisions prises en invalidité et, par conséquent, de mener une politique centrée sur le retour volontaire au travail des assurés sociaux qui disposent de capacités de travail non exploitées.

25 AVRIL 2014 – Loi portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale (M.B. 6 juin 2014)

En matière de protection de la maternité, cette loi introduit une seconde exception à la condition de cessation complète de toute activité requise pour la prise en considération des périodes de repos de maternité.

La loi vise principalement les deux situations suivantes :

- la situation de la travailleuse qui est titulaire de plusieurs emplois salariés et qui, dans le cadre d'une mesure de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée, a été écartée de l'une mais pas de toutes ses occupations et continue donc à exercer un travail (ne présentant pas de risque pour sa grossesse), de la sixième semaine ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.
- la situation de la travailleuse qui a repris un travail adapté durant son incapacité de travail dans les conditions visées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée (de la sixième semaine ou de la huitième

semaine en cas de naissance multiple, à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement), afin de lui permettre de bénéficier de la prolongation du repos postnatal à concurrence des périodes de travail accomplies dans le cadre du travail adapté.

La modification apportée en matière de protection de la maternité modifie ainsi la législation en vue de la rendre conforme à l'arrêt rendu par la Cour constitutionnelle le 10 novembre 2011.

Calcul des indemnités des travailleurs occasionnels de l'HORECA

15 octobre 2014 – Règlement 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. 5 novembre 2014).

Pour rappel, le Moniteur belge du 27 novembre 2013 a publié la loi portant diverses modifications en vue de l'instauration d'un nouveau système social et fiscal pour les travailleurs occasionnels dans le secteur de l'HORECA et l'arrêté relatif à l'occupation des travailleurs occasionnels dans le secteur de l'HORECA.

Pour les travailleurs occasionnels de l'HORECA qui remplissent toutes les conditions pour que les cotisations de sécurité sociale soient calculées sur base du forfait réduit, la rémunération journalière moyenne est dorénavant déterminée sur base du forfait « garçon de café » plutôt que sur base du salaire forfaitaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale ont été prélevées.

Réintégration socio-professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler

19 décembre 2014 – Loi programme (M.B. 29 décembre 2014)

Cette loi prévoit notamment

*L'élaboration d'un plan de réintégration et, lorsque nécessaire, d'un trajet temporaire de réintégration au plus tard trois mois après le début de l'incapacité de travail.

Des entretiens périodiques de suivi et d'évaluation du plan de réintégration seront organisés.

Il appartiendra au Roi de déterminer les acteurs impliqués, le contenu et les modalités du plan de réintégration ainsi que les modalités du suivi régulier.

- Le montant des indemnités d'incapacité de travail sera calculé sur la base d'une période de référence des quatre trimestres qui précèdent le trimestre de l'incapacité de travail,

- la période de stage sera également portée à 12 mois. Les conditions d'ouverture du droit aux indemnités de maternité (120 jours de travail durant un stage de six mois) restent inchangées, ce congé étant limité dans le temps,

- A partir du 1er janvier 2015, il est prévu d'instaurer un plafond maximum ; le montant de l'indemnité d'incapacité de travail d'un chômeur sera limité au montant de l'indemnité d'incapacité de travail auquel l'intéressé aurait droit si, avant le début de son incapacité de travail, il n'était pas chômeur mais bien travailleur.

*La modification de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne" en application de l'article 39 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, et harmonisant certaines dispositions légales : la modification apportée vise à donner une habilitation au Roi pour modifier le

mode de calcul des indemnités octroyées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et des allocations de chômage, à partir du 1er janvier 2015.

Suppression du jour de carence

28 février 2015 – Règlement 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. 11 mai 2015)

Ce règlement supprime le jour de carence tel que défini à l'article 92 de la loi SSI et fixé à l'article 1er du règlement du 16 avril 1997.

La suppression s'inscrit dans la continuité de celle introduite par la loi du 26 décembre 2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que des mesures d'accompagnement (cf. arrêt du 7 juillet 2011 de la Cour constitutionnelle).

Revalorisation des indemnités

28 avril 2015 – Arrêté royal 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. 13 mai 2015).

28 avril 2015 – Arrêté royal 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. 13 mai 2015).

-Au 1er avril 2015 : Augmentation du plafond de revenu de 1,25%

Le montant du salaire maximum pris en compte pour le calcul des indemnités au 1er avril 2015 est augmenté de 1,25%. Ce plafond est à partir de cette date d'application pour les nouveaux cas d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité. Le nouveau montant s'élève à 100,9832 EUR (index pivot 103,14 - base 1996 = 100).

-Au 1er mai 2015 : Relèvement de la prime de rattrapage de 160 EUR (2 ans IT)

La prime de rattrapage octroyée aux invalides dont la durée de l'incapacité atteint 2 ans au 31 décembre de l'année qui précède est relevée de 160 EUR . Cette mesure entre en vigueur pour la première fois en mai 2015. Le montant forfaitaire de cette prime est de 354,7482 EUR (indice de base 103,14-base 1996=100).

-Au 1er septembre 2015 :

- a) Revalorisation du minimum de travailleur régulier pour les titulaires avec charge et les isolés suite à l'augmentation de la pension minimum des travailleurs salariés et revalorisation du minimum de travailleur régulier cohabitant.

Au 1er septembre 2015, les montants de la pension minimum (avec charge et isolés) des travailleurs salariés augmentent de 2%. Suite à la liaison du minimum de travailleur régulier (avec charge et isolé) à la pension minimum , les montants des minima de travailleur régulier avec charge et isolé augmentent également de 2%. Le montant de base du travailleur régulier cohabitant est également augmenté de 2% soit un montant de base de 28,6368 EUR (indice de base 103,14-base 1996=100).

-b) Augmentation du minimum de travailleur non régulier

Au 1er septembre 2015, les montants des minima de travailleur non régulier sont augmentés de 2% suite à l'augmentation de 2% du revenu d'intégration .

-c) Revalorisation des indemnités des titulaires qui sont en incapacité depuis 6 ans.

Les titulaires dont la durée d'incapacité atteint 6 ans voient leur indemnité revalorisée de 2% à partir du 1er septembre 2015. En 2015, il s'agit des invalides dont l'incapacité de travail se situe entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2009. Cette mesure récurrente a pour conséquence que chaque titulaire dont la durée d'incapacité atteint 6 ans reçoit une adaptation au bien-être de 2%.

Cette mesure ne s'applique pas aux minima.

Système de formation en alternance – statut uniforme – calcul des indemnités à charge de l'assurance indemnités et maternité

29 avril 2015 – Règlement 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 juin 2015)

Des modifications sont apportées au règlement sur les indemnités du 16 avril 1997 pour le calcul des indemnités de l'apprenti lié par un contrat d'apprentissage dans le cadre d'une formation en alternance.

Ces modifications font suite à l'entrée en vigueur au 1er juillet d'un statut uniforme en matière de sécurité sociale pour les systèmes de formation en alternance.

Octroi congé de naissance et congé de maternité converti au coparent

11 juin 2015 – Arrêté royal 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. 26 juin 2015).

Cet arrêté exécute les dispositions légales en matière de congé de naissance et de congé de maternité converti dans le secteur des indemnités.

Il s'agit d'octroyer au coparent un droit au congé de naissance et un droit au congé de maternité converti en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère.

PRESTATIONS D'INVALIDITE

Voir Indemnités de maladie.

PRESTATIONS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Bien-être – commun accidents travail et maladies professionnelles

Tous les deux ans, un accord interprofessionnel est négocié par les partenaires sociaux et le gouvernement le met en œuvre.

Il contient des mesures favorables aux personnes qui ont été victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (augmentation des allocations, des minima et forfaits,....).

Elles ont été concrétisées dans divers textes entre 2012 et 2016.

Pour les accidents du travail :

- Arrêté royal du 21 septembre 2012 organisant le paiement des allocations de réévaluation à partir de 2012 (M.B. 27-09-2012).
- Arrêté royal du 19 juillet 2013 modifiant 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. 1er août 2013).
- Loi du 23 avril 2015 concernant la promotion de l'emploi (M.B. 27-04-2015)

L'article 8 augmente le plafond en accidents du travail (et en maladies professionnelles) au 1er janvier 2016 de 1,25 %.

L'article 9 contient la base légale qui va permettre de diminuer la cotisation de sécurité sociale pour les victimes pensionnées d'accidents du travail. L'article 10 contient une base identique pour les personnes pensionnées qui reçoivent une rente pour maladies professionnelles. Cette mesure permet d'atténuer les effets de l'application de la règle qui limite le cumul entre une rente pour AT ou MP lors de la pension.

- Arrêté royal du 30 novembre 2015 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. 22-12-2015).
- Arrêté royal du 27 septembre 2015 modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 09-10-2015).

Cet arrêté royal vise à permettre l'exécution d'une mesure reprise dans le projet d'accord interprofessionnel 2015-2016, à savoir la diminution de la cotisation sociale à la pension de 13,07% à 8,31% à la date du 1er octobre 2015 pour les bénéficiaires d'une rente pour accident du travail.

Pour les maladies professionnelles :

- Arrêté royal du 22 novembre 2013 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
- Arrêté royal du 30 novembre 2015 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. 22-12-2015).
- Arrêté royal du 27 septembre 2015 réglant les modalités de perception et de répartition des cotisations de sécurité sociale dues par les victimes des maladies professionnelles, bénéficiaires des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970 (M.B. 27-09-2015)

Cette modification a pour objet d'exécuter une mesure décidée dans le cadre du bien-être (AIP). La base légale de cet arrêté d'exécution se trouve dans la loi du 23 avril 2015 concernant la promotion de l'emploi (article 10). Il s'agit de la diminution de la cotisation sociale à la pension de 13,07% à 8,31% à la date du 1er octobre 2015 pour les bénéficiaires d'une rente pour maladie professionnelle.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Risques aggravés

Ce projet, lancé en 2008, 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.

Comme prévu, 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 fait annuellement l'objet d'une évaluation par le Fonds des accidents du travail.

Depuis 2012, diverses améliorations au système ont été concrétisées dans divers textes :

- Arrêté royal du 4 décembre 2012 modifiant 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. 11-12-2012).

Ce texte prévoit l'exonération pour 2 ans au lieu d'un an auparavant du risque aggravé après une première sélection. Les entreprises ne peuvent en effet prendre des mesures de prévention que dès qu'elles ont reçu les propositions des services de prévention de l'entreprise d'assurances et ceci se passe dans le deuxième semestre de la deuxième année.

- Arrêté royal du 25 novembre 2015 modifiant 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. 27-11-2015)

Cet arrêté concerne le remplacement de certains des critères utilisés actuellement afin de réduire l'impact de la taille de l'entreprise sur la probabilité d'être repris comme risque aggravé, de prendre plus en compte la gravité de l'accident et d'éviter de sélectionner une entreprise n'ayant enregistré qu'un seul accident les années où les critères sont rencontrés.

Ceci nécessite également une adaptation de l'article 49bis de la LAT :

Loi du 16 novembre 2015 portant des dispositions diverses en matière sociale (M.B. 26-11-2015). L'article 51 modifie l'article 49bis de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail dans le cadre des risques aggravés, comme exposé ci-dessus.

Loi du 21 décembre 2013 portant des dispositions diverses urgentes en matière de législation sociale (M.B. 27 janvier 2014)

Cette loi apporte diverses modifications à la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (LAT). Certaines de ces modifications sont purement formelles. D'autres modifications sont plus fondamentales. On peut citer notamment :

- Extension de la notion d'accident du travail aux actes de vengeance ; il s'agit d'étendre, par analogie avec la description de la notion figurant dans la loi de 1967, la notion d'accident du travail de la LAT à certains accidents qui surviennent en dehors de l'exécution du contrat de louage de travail. On vise ici la situation dans laquelle un travailleur subirait un acte de violence hors de l'exécution de ses fonctions, mais du fait de ses fonctions.

- Les moyens d'action du Fonds des Accidents du Travail : il s'agit d'ajouter un nouvel alinéa à l'article 63, §1er, de la LAT, qui octroie au Fonds des Accidents du Travail un droit de saisine du Tribunal du Travail en cas de maintien par l'entreprise d'assurances d'une décision de refus que le FAT considère comme étant injustifiée.

- Le délai de contestation de la déclaration de guérison : Cette modification permet de répondre à l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 18 juin 2009 qui constate l'inconstitutionnalité de l'article 72, alinéa 2, de la LAT. La victime d'un accident du travail déclarée guérie sans incapacité permanente dispose en effet, dans le secteur public, d'un délai de prescription de trois ans pour contester cette décision, soit un délai qui peut être interrompu ou suspendu, alors que la personne placée dans la même situation dans le secteur privé ne dispose que d'un délai préfix de trois ans pour contester cette décision, soit un délai qui ne peut être interrompu ou suspendu. On rectifie donc cette inégalité.

Allocation aggravation en cas d'aide de tiers

Arrêté royal du 11 septembre 2013 modifiant 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 concernant le calcul de l'allocation d'aggravation en cas de besoin (M.B. 19 septembre 2013).

Il s'agit de revoir le mode actuel de calcul de l'allocation d'aggravation et de scinder le calcul de l'allocation d'aggravation du taux d'incapacité permanente de celui de l'allocation d'aggravation d'aide de tiers. En effet, le mode de calcul actuel est susceptible d'entraîner des effets non souhaitables et contraires à la justice sociale,

Prothèses dentaires

Arrêté royal du 1er octobre 2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses dentaires nécessitées à la suite de lésions subies lors d'un accident du travail (M.B. 11 octobre 2013).

Cet arrêté concerne la problématique du remboursement des prothèses dentaires. En effet, la majeure partie des prothèses dentaires n'étant pas reprise dans la nomenclature des prestations médicales relatives à l'assurance maladie-invalidité obligatoire, dans la pratique, la fixation des prix est libre. Cette libéralisation des prix fait courir aux victimes le risque de ne pas être remboursés intégralement dans le cas où l'entreprise d'assurances qualifie d'excessif le prix facturé ou considère comme superflue la prothèse dentaire demandée ou mise en place ou lui attribue un caractère « luxueux ». Vu les très grandes différences constatées dans la pratique dans les prix facturés pour des prothèses dentaires identiques ou comparables et les nombreuses contestations qui en résultent, les membres du groupe de travail ont estimé indiqué de lancer une initiative qui établirait une nomenclature des prothèses dentaires nécessaire pour définir la provision technique et qui servirait de base aux remboursements. Cet arrêté royal consacre la pratique existante (remboursement du coût réel sauf s'il est jugé excessif) tout en apportant un surcroît d'uniformité en donnant des tarifs de référence qui permettront aux victimes et aux assureurs de déceler plus facilement les abus.

Cumul pension

Arrêté royal du 19 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2006 portant exécution de l'article 42bis de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (M.B. 17 avril 2014).

Ces modifications s'inscrivent dans le cadre de la problématique de l'application de la règle du cumul de la rente pour accident du travail avec la pension. Il s'agit plus particulièrement du calcul de la part de la rente pour accident du travail versée en capital qui doit être portée en diminution (car le bénéficiaire a touché anticipativement une partie de sa rente) et ses effets sur le capital à verser et les versements périodiques. La solution envisagée reste, comparée à la situation actuelle, neutre pour le bénéficiaire, puisqu'elle consiste à consolider la pratique actuelle, de même que pour l'entreprise d'assurances et la gestion globale.

Accidents bénins

Loi du 21 décembre 2013 portant des dispositions diverses urgentes en matière de législation sociale (M.B. 27 janvier 2014)

Arrêté royal du 19 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 12 mars 2003 établissant le mode et le délai de déclaration d'accident du travail (M.B. 10 avril 2014).

Ce projet s'inscrit dans un objectif de simplification des procédures relatives à la déclaration des accidents du travail en ce qui concerne les accidents bénins du travail.

L'article 62 de la loi sur les accidents du travail donne la possibilité au Roi de dispenser l'employeur de l'obligation de déclarer un accident du travail dit « bénin », dans les conditions qu'il détermine.

L'arrêté royal prévoit ainsi que pour l'accident bénin, c'est à dire « l'accident n'ayant occasionné ni perte de salaire, ni incapacité de travail pour la victime mais seulement des soins pour lesquels l'intervention d'un médecin n'est pas nécessaire et qui ont été prodigués après l'accident, uniquement sur le lieu d'exécution du contrat de travail », l'employeur peut, toutes autres conditions prévues par le texte étant remplies, être dispensé de la procédure de déclaration de l'accident.

Assimilation mousses

Arrêté royal du 24 mai 2014 portant assimilation des mousses aux apprentis visés à l'article 80 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Cette modification va de pair avec la modification de l'article 80 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (LAT), effectuée par la loi du 24 juillet 2008. La modification de l'article 80 de la LAT avait pour but d'avoir un parallélisme avec l'article 38 du régime général :

- pour qu'en cas d'accident touchant un apprenti, on puisse faire référence à un niveau salarial que l'apprenti aurait pu atteindre en fin de contrat d'apprentissage ;
- en ajoutant que la rémunération de base prise en compte pour une incapacité temporaire de travail correspond à celle prise en compte pour une incapacité de travail permanente lorsque la victime devient majeure ou que son contrat d'apprentissage prend fin pendant la période d'incapacité temporaire.

L'objet de l'arrêté royal est d'assimiler les mousses aux apprentis de façon à pouvoir leur appliquer l'article 80 de la loi du 10 avril 1971 précité, par analogie avec l'article 38 de la même loi, qui concerne le régime général. Lorsque l'âge de la majorité était encore de 21 ans, les mousses (le mineur qui a quinze ans ou plus et qui n'est plus soumis à l'obligation scolaire à temps plein) étaient

forcément mineurs. Depuis que l'âge de la majorité est fixé à 18 ans, il convient de les assimiler aux apprentis.

Modulation de la cotisation d'affiliation d'office

Arrêté royal du 24 mai 2014 modifiant l'arrêté royal du 30 décembre 1976 portant exécution de certaines dispositions de l'article 59quater de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

L'objectif de cet arrêté royal est d'introduire dans la réglementation concernant les accidents du travail la possibilité de moduler la cotisation d'affiliation d'office dans des circonstances atténuantes spécifiques et sous le contrôle du comité de gestion.

En effet, l'employeur qui néglige de conclure un contrat d'assurance auprès d'un assureur agréé est redevable au FAT d'une cotisation d'affiliation d'office pour chaque travailleur qui est ou a été en service au cours d'un mois civil. En raison de son caractère forfaitaire, la cotisation peut être beaucoup plus élevée qu'une prime d'assurance calculée par rapport au risque réel à couvrir.

En réponse à la suggestion du médiateur fédéral, le comité de gestion du Fonds des accidents du travail s'est donc penché sur la possibilité de renoncer à une application stricte de la loi dans des situations où des circonstances atténuantes peuvent être invoquées. C'est l'objet de cet arrêté royal.

Remboursement ostéosynthèse

Arrêté royal du 17 juin 2014 modifiant l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail.

Un groupe de travail a été constitué au sein du Comité médico-technique du Fonds des accidents du travail (FAT). Il s'agissait notamment d'examiner la problématique du matériel d'ostéosynthèse et tout d'abord de déterminer si il peut être considéré comme une prothèse. Dans l'affirmative, il y a remboursement du coût réel alors que dans la négative, le remboursement se fait selon la règle du remboursement des soins médicaux, c'est-à-dire sur base de la nomenclature AMI. Les membres du CMT ayant décidé qu'il ne s'agit pas d'une prothèse, une initiative réglementaire était nécessaire si on voulait accorder aux victimes le remboursement du coût réel. La présente modification modifie donc l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail en ce sens.

Prothèses dentaires

Arrêté royal du 25 juillet 2014 modifiant l'arrêté royal du 1er octobre 2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses dentaires nécessitées à la suite de lésions subies lors d'un accident du travail.

Cet arrêté concerne la problématique du remboursement des prothèses dentaires. L'arrêté royal du 1er octobre 2013 a établi une nomenclature des prothèses dentaires nécessaire pour définir la provision technique et qui sert également de base aux remboursements. Cet arrêté royal consacre la pratique existante (remboursement du coût réel sauf s'il est jugé excessif) tout en apportant un surcroît d'uniformité en donnant des tarifs de référence afin de permettre aux victimes et aux assureurs de déceler plus facilement les abus.

Il s'agit par cette modification d'actualiser les prix des prothèses dentaires, ainsi que de fixer un mécanisme d'indexation.

Surprime zone guerre (piraterie)

Arrêté royal du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté royal du 28 décembre 1971 fixant les règles spéciales d'application aux gens de mer de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Cet arrêté royal a pour but d'adapter la législation pour ce qui concerne la marine marchande, tout d'abord en raison de l'abrogation de l'arrêté royal du 10 juin 1998 afin de renvoyer à l'arrêté royal du 13 janvier 2014. Cette adaptation est purement formelle. Mais surtout en distinguant le risque de piraterie ou de terrorisme du risque de guerre et en fixant un pourcentage de la surprime différent pour ces risques.

Soins de santé transversaux

Arrêté royal du 8 septembre 2015 modifiant divers arrêtés royaux en matière de soins de santé transversaux (M.B. 01-10-2015)

Cet arrêté royal apporte des modifications à deux arrêtés royaux (l'arrêté royal du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et l'arrêté royal du 17 octobre 2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail).

Un groupe de travail, constitué au sein du FAT a effectivement été chargé d'examiner si la réglementation en matière d'accidents du travail était conforme à la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 « relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers » (annexe 2). Les adaptations proposées dans les 2 arrêtés royaux cités ci-dessus sont le résultat de cet examen.

Barèmes

Arrêté royal du 30 novembre 2015 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1987 portant exécution de l'article 42, alinéa 2, de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail relatif au paiement des allocations annuelles, des rentes et des allocations (M.B. 15-12-2015).

Ce projet d'arrêté royal a pour objet de donner suite à l'arrêt de la Cour de Justice européenne du 3 septembre 2014.

En effet, le critère de l'espérance de vie fondée sur le sexe existe dans la législation sur les accidents du travail dans le cas de calcul du capital à octroyer à la victime et dans le cadre du calcul du capital lors de transferts de capitaux entre organismes. Il est apparu que dans le cas de l'octroi du tiers en capital à une victime, - qui est par ailleurs toujours décidé par le tribunal – il est préférable d'adapter la réglementation et d'utiliser des barèmes unisexes. La proposition est de garder les barèmes actuels mais de les pondérer en fonction du sexe. C'est l'objet de l'arrêté royal précité.

MALADIES PROFESSIONNELLES

Tendinites

Arrêté royal du 12 octobre 2012 modifiant l'arrêté royal du 28 mars 1969 dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et fixant les critères auxquels doit répondre l'exposition au risque professionnel pour certaines d'entre elles (M.B. 23-10-2012).

Cette modification vise à inscrire la tendinite dans la liste des maladies professionnelles. La tendinite et les affections apparentées ne sont actuellement reconnues sur la base du système de liste que pour les artistes du spectacle sous le code de maladie 1.606.21. Toutefois, des données cliniques et épidémiologiques prouvent que ces affections apparaissent aussi fréquemment dans d'autres

professions associées à un surmenage chronique des tendons. L'affection est par ailleurs reprise sur la liste européenne des maladies professionnelles.

Il s'agit donc d'ajouter dans la liste des maladies professionnelles la tendinite en précisant clairement les activités professionnelles à risques c'est-à-dire celles qui comportent des mouvements énergiques et répétitifs ou les mauvaises postures.

Marteau hypothénar

Arrêté royal du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté royal du 28 mars 1969 dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et fixant les critères auxquels doit répondre l'exposition au risque professionnel pour certaines d'entre elles (M.B. 18-01-2013).

Cette modification vise à inscrire le syndrome dit du « marteau hypothénar » dans la liste des maladies professionnelles.

Il s'agit d'une thrombose ou anévrisme de l'artère ulnaire au niveau de l'éminence hypothénar, accompagné(e) d'un syndrome angioneurotique ou d'ischémie, provoqué(e) par une percussion répétitive avec ou sur l'éminence hypothénar.

Tuberculose

Arrêté royal du 22 janvier 2013 modifiant l'arrêté royal du 28 mars 1969 dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et fixant les critères auxquels doit répondre l'exposition au risque professionnel pour certaines d'entre elles (M.B. 11-02-2013).

Le but est de modifier la définition de la maladie professionnelle «tuberculose» (code 1.404.01) et les critères servant à déterminer l'exposition au risque professionnel de la tuberculose conformément aux propositions faites par le Conseil scientifique institué au sein du FMP les 25 janvier et 31 mai 2011 (annexe 2 fr., annexe 3 nl.).

Jusqu'ici, dans le système de liste, seules pouvaient être reconnues les personnes travaillant dans le secteur médical. Or, le risque se manifeste également dans d'autres secteurs, en particulier chez des personnes qui entrent en contact avec des demandeurs d'asile, des prisonniers et des sans-abris.

L'élargissement de la définition de la tuberculose n'aura qu'un impact limité sur le nombre de cas indemnisés dans le secteur privé et le secteur des autorités provinciales et locales.

Les personnes appartenant aux nouveaux groupes cibles sont en effet généralement en service auprès d'une autorité fédérale, régionale ou communautaire, ou pour d'autres raisons ne font pas partie de la population assurée par le FMP. Cela vaut spécialement pour les personnes travaillant dans les services de police, dans les ports aériens et maritimes, dans les prisons et dans les centres d'asile et d'accueil pour illégaux et sans-abri et aussi pour beaucoup de travailleurs sociaux.

Projet-pilote cadre aggravation maladie

Arrêté royal du 29 janvier 2013 déterminant les conditions dans lesquelles le Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles peut décider d'un projet-pilote de prévention visant à éviter l'aggravation d'une maladie (M.B. 27-02-2013).

Cette modification vise à élaborer un projet d'arrêté royal cadre, pris en exécution de l'article 6bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, qui permettrait au Comité de gestion de proposer des projets-pilote sans devoir rédiger un nouvel Arrêté royal à chaque proposition. Ceci apportera de la souplesse dans les propositions, les exécutions et les éventuelles adaptations.

Ce projet d'arrêté royal cadre fixe donc les conditions dans lesquelles le Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles peut décider d'un projet-pilote de prévention en exécution de l'article 6bis des lois coordonnées («Dans les conditions à fixer par le Roi, le Comité de gestion peut, sur proposition du Conseil scientifique, décider d'un projet-pilote de prévention visant à éviter l'aggravation d'une maladie»).

Ergonomie

Arrêté royal du 3 avril 2013 déterminant les conditions d'un projet-pilote d'intervention ergonomique visant à prévenir l'aggravation des maladies dorsales (M.B. 02-05-2013).

La mise en pratique du programme de la prévention des douleurs dorsales a démontré que sur le plan ergonomique, le nombre d'interventions est très faible par rapport aux travailleurs inclus dans le programme. C'est la raison pour laquelle le Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles souhaite instaurer une action ergonomique spécifique, appelée intervention ergonomique de niveau II, sous forme de projet-pilote qui s'adresserait aux personnes qui ont déjà démontré leur volonté de suivre un programme de réadaptation en vue de reprendre leur travail le plus rapidement possible.

Il s'agit donc ici d'un arrêté royal spécifique dans la mesure où il s'agit d'une action complémentaire au programme déjà existant de prévention des maux de dos qui a lui-même été initié par un projet-pilote défini dans un autre arrêté royal spécifique .

Ce nouveau projet-pilote vise le poste de travail ou les conditions de travail d'une personne qui s'est inscrite dans le programme de prévention, qui a suivi un minimum de 12 séances de révalidation, qui a également bénéficié de l'intervention du programme ergonomique et qui, en dépit de cela, éprouve des difficultés dans la reprise du travail. Un minimum de 12 séances (sur un maximum de 36 séances) est justifié par le fait que le projet veut s'adresser à des personnes motivées. Dans la pratique, il s'avère que dans la majorité des cas, la reprise du travail intervient assez rapidement après la 12ème séance.

Cancer naso-sinusien

Arrêté royal du 11 septembre 2013 déterminant les conditions et les modalités d'un projet visant à assurer la surveillance de santé prolongée des ex-travailleurs du bois susceptibles de développer le cancer naso-sinusien (M.B. 19 septembre 2013).

Cet arrêté royal vise à permettre au Fonds des maladies professionnelles de mener à bien un projet dans le cadre de la mission de surveillance de santé prolongée qui lui a été confiée par l'arrêté royal du 28 mai 2003. En effet, vu la période de latence entre l'exposition et l'apparition des symptômes, l'intervention du FMP constitue un prolongement de l'action du conseiller en prévention-médecin du travail qui agit pendant la carrière professionnelle. Le FMP peut être saisi par une déclaration de risque remise par le conseiller en prévention-médecin du travail ou par une demande du travailleur. L'action du FMP se prolonge lorsque les travailleurs sont pensionnés. La procédure mise en place a pour but d'informer les personnes qui se trouvent dans les conditions requises, à différents moments, de l'importance d'aller consulter vite si les symptômes surviennent. Un dépistage rapide augmente en effet considérablement les chances de guérison. Si un cancer est constaté, le FMP traitera alors le dossier dans le cadre d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle

Secteur local (police)

Arrêté royal du 29 juin 2014 portant modification de l'arrêté royal du 12 janvier 1973 relatif à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles en faveur de certains membres du personnel des provinces, des communes, des agglomérations et fédérations de communes, des

associations de communes, des centres publics d'aide sociale, des centres publics intercommunaux d'aide sociale, des services, établissements et associations d'aide sociale et des caisses publiques de prêts.

Arrêté royal du 29 juin 2014 complétant la liste des affiliés à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, figurant à l'article 32, alinéa 1er, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés.

Arrêté royal du 29 juin 2014 modifiant l'arrêté royal du 21 janvier 1993 relatif à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles en faveur de certains membres du personnel appartenant aux administrations provinciales et locales, affiliées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales.

Ces modifications s'inscrivent dans le cadre de diverses problématiques qui concernent les maladies professionnelles dans le secteur public.

Mais il s'agit essentiellement de redonner la compétence juridique au Fonds des maladies professionnelles (FMP) d'indemniser les membres de la police locale, exactement comme avant la réforme des polices, ainsi que de couvrir les cas qui ont été reconnus après la réforme puisque les cotisations ont continué à être versées.

Financement du Fonds amiante

Arrêté royal du 10 novembre 2012 fixant la source et les modalités de versement du montant défini à l'article 116, alinéa 2, 1°, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 destiné au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Arrêté royal du 3 février 2014 fixant la source et les modalités de versement du montant défini à l'article 116, alinéa 1er, 1°, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 destiné au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (M.B. 17 février 2014).

Arrêté royal du 9 décembre 2014 fixant la source et les modalités de versement du montant défini à l'article 116, alinéa 1er, 1°, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 destiné au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (M.B. 29 décembre 2014).

L'article 116, alinéa 1er, 1°, de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 dispose que les ressources du Fonds amiante sont constituées notamment d'un montant annuel de 10 millions d'euros et que le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, la source (la TVA) et les modalités de versement de ce montant. Depuis la création du Fonds amiante (avril 2007), l'Etat participe à son financement. Ces trois arrêtés royaux ont pour but d'exécuter cette décision respectivement pour les années 2012, 2013 et 2014.

Attribution des prestations pendant toute la durée de l'éventualité.

Selon le rapport du gouvernement, l'indemnité d'incapacité temporaire suite à un accident du travail est due à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité. En cas de maladie professionnelle, par contre, l'indemnité n'est accordée à la victime que si l'incapacité temporaire dure quinze jours au moins. Dans son 42e rapport sur le Code européen de sécurité sociale, le gouvernement précise à ce sujet qu'une personne incapable de travailler en cas de maladie qui n'est pas indemnisée par le Fonds des maladies professionnelles tombe forcément dans le champ d'application de l'assurance-maladie-invalidité. La commission prie le gouvernement d'expliquer si l'assurance-maladie-invalidité prendra en charge également la période d'attente des quinze premiers jours d'incapacité temporaire suite à la maladie professionnelle.

Réponse : En cas de maladie professionnelle, la différence avec l'accident du travail est qu'il n'y a pas d'évènement soudain qui permette de situer le déclenchement de la maladie dans le temps.

Il faut donc bien fixer une limite (120 jours) et effectivement, une personne incapable de travailler pour une maladie qui n'est pas indemnisée par le Fonds des maladies professionnelles tombe forcément dans le champ d'application de l'assurance maladie invalidité.

L'organisme assureur (assurance maladie-invalidité) paie effectivement des avances en attendant la décision du Fonds des Maladies professionnelles.

Les indemnités pour incapacité de travail permanente ou temporaire sont versées tous les mois.

Souvent la victime d'une maladie professionnelle a également droit au paiement des arriérés car l'indemnité est accordée à partir d'une date antérieure à l'introduction de la demande.

Ces arriérés servent en premier lieu à rembourser d'autres institutions comme l'organisme assureur, qui a versé des avances à la victime dans l'attente de la décision du Fonds des Maladies professionnelles à son égard.

Du point de vue pratique, en cas de déclaration d'incapacité de travail auprès de l'organisme l'assureur, une feuille de renseignements doit être complétée pour pouvoir calculer le montant de l'indemnité à octroyer ; cette feuille qui est complétée par le travailleur et l'employeur reprend notamment la maladie professionnelle dans la rubrique « Nature du risque ».

La réponse est donc positive.

ALLOCATIONS FAMILIALES ET PRESTATIONS FAMILIALES GARANTIES

- Travailleurs indépendants

16 avril 2013.- Arrêté royal du modifiant l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants.

Cet arrêté prévoit dorénavant que le paiement des allocations familiales des starters (pour lesquels la période de début d'activité débute au plus tôt le 1er janvier 2013) doit être suspendu aussi longtemps que (1) l'attributaire n'a pas de résidence principale en Belgique et que (2) l'attributaire n'a pas rempli son obligation en ce qui concerne la cotisation sociale du premier trimestre d'assujettissement due en vertu de l'arrêté royal no 38, du 27 juillet 1967, organisant le statut social des travailleurs indépendants. Ces deux conditions (1 & 2), devant être remplies, sont cumulatives.

Dès qu'une des conditions n'est plus remplie, le paiement des allocations familiales ne peut plus être suspendu.

- Enfant qui suit des cours ou poursuit sa formation

1er septembre 2011.- Arrêté royal 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).

Désormais, à partir du 1er janvier 2012, les allocations familiales peuvent être accordées durant le troisième trimestre alors même que les allocations familiales ont été suspendues durant le deuxième trimestre parce que le plafond d'activité autorisée maximale a été dépassé.

- Jeune demandeur d'emploi

29 mars 2012. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 août 1985 portant exécution de l'article 62, § 5, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et l'arrêté royal du 25 février 1994 déterminant les conditions d'octroi des prestations familiales du chef des chômeurs.

En raison de la modification de la réglementation du chômage instaurant un stage d'insertion professionnelle de 310 jours ouvrables, la réglementation des allocations familiales a été adaptée, à partir du 1er janvier 2012 comme suit :

1. la période d'octroi comprend 360 jours civils;
2. la période d'octroi débute toujours le 1er août qui suit la dernière année scolaire ou académique ou la fin de toutes les activités d'études;
3. la période d'octroi n'est plus écourtée ni prolongée par un travail d'étudiant ou une occupation normale durant les études.

22 mai 2014.- Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 août 1985 portant exécution de l'article 62, § 5, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés.

Par cet arrêté, le jeune peut, sous certaines conditions, bénéficier des allocations familiales pendant la période de prolongation de son stage d'insertion professionnelle décidée par l'Office national de l'emploi.

- Suppléments sociaux et monoparentaux

5 février 2014. - Arrêté royal 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.

et

5 février 2014.- Arrêté royal modifiant le montant du plafond de revenus visés aux articles 41 et 42bis des lois coordonnées du 19 décembre 1939 relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés.

Ces arrêtés ont actualisé certains plafonds de revenus conditionnant l'octroi d'allocations familiales majorées et l'octroi de l'allocation familiale monoparentale.

22 mai 2014. Arrêté royal 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.

Cet arrêté royal donne notamment une définition fondée sur la notion fiscale de revenus tant pour les revenus des salariés que des indépendants. De cette façon, la même source authentique pourra être utilisée pour les deux catégories de travailleurs.

- Prestations familiales garanties

19 JUILLET 2013.- Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 1971 portant exécution de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties.

Cet arrêté royal fixe les règles d'exécution concernant l'octroi de la prime d'adoption dans le régime des prestations familiales garanties.

- Transfert de compétence en matière d'allocations familiales

6 JANVIER 2014. - Loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat.

Cette loi a prévu un transfert de compétences aux Communautés et aux Régions belges dans de nombreux domaines. Ainsi, en matière d'allocations familiales, la 6ème réforme de l'Etat transfère la compétence relative aux allocations familiales, aux allocations de naissance et aux primes d'adoption à la Communauté flamande, à la Communauté française et à la Communauté germanophone, et cela à partir du 1er juillet 2014. A Bruxelles, c'est la Commission communautaire commune (COCOM) qui devient compétente.

Il y a lieu de préciser que jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard, les institutions actuelles chargées de la gestion administrative et du paiement des prestations familiales restent chargées, contre rémunération intégrale, de leurs attributions. Autrement dit, dans un premier temps, les caisses d'allocations familiales et l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED) restent compétentes pour la gestion et le paiement des prestations familiales. Aussi longtemps que ces institutions restent chargées de leurs attributions, les modifications aux éléments essentiels à cette gestion administrative et à ce paiement ou aux règles de fond qui ont un impact significatif sur la gestion administrative ou le paiement doivent être apportées conjointement par les entités fédérées par la conclusion d'un accord de coopération.

Une Communauté ou la COCOM peut décider de prendre le relais avant la date ultime du 31 décembre 2019. Dans ce cas, elle devient entièrement compétente pour modifier le régime des allocations familiales en ce qui la concerne.

Jusqu'à présent, aucune entité fédérée belge n'a repris à son compte la gestion administrative et le paiement des allocations familiales. Par ailleurs, aucun accord de coopération n'a encore été concrétisé dans une législation communautaire.

Préalablement au transfert, la différence entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants a été gommée par la Loi générale relative aux allocations familiales. A partir du 1er juillet 2014, il existe donc un régime unifié d'allocations familiales pour les salariés, les indépendants et les fonctionnaires (voir ci-après).

4 AVRIL 2014. - Loi générale relative aux allocations familiales

Il s'agit de la nouvelle loi, en vigueur à partir du 30 juin 2014, qui a pour but de mettre en place, avant le transfert de compétence aux entités fédérées belges, un cadre législatif unique en matière d'allocations familiales qui s'appliquera tant vis-à-vis des travailleurs salariés que vis-à-vis des travailleurs indépendants. Sur le plan légal, cette unification a été réalisée par la loi du 4 avril 2014 visée ci-dessus portant modification des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés.

Cette loi a créé un seul système législatif en matière d'allocations familiales pour les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants en vue de simplifier le régime avant le transfert de compétence aux entités fédérées belges.

Principales lignes de force de la loi :

1. Les lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés deviennent la « Loi générale relative aux allocations familiales ». Les dispositions jusqu'ici applicables aux travailleurs indépendants sont intégrées dans la loi générale de manière à harmoniser les régimes. La plupart des dispositions actuelles prévues dans les lois coordonnées précitées restent applicables.
2. L'applicabilité de la loi aux indépendants a nécessité tout d'abord un certain nombre d'adaptations terminologiques. C'est ainsi que la dénomination de l'organisme public compétent en matière d'allocations familiales « Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (Onafts) » a été remplacé par la dénomination « Agence fédérale pour les allocations familiales (Famifed) ». Cet organisme et les caisses d'allocations familiales (organismes privés) se chargeront des dossiers d'allocations familiales, y compris donc les dossiers des travailleurs indépendants.
3. La loi générale relative aux allocations familiales harmonise les montants d'allocations familiales, si bien que tous les indépendants et les travailleurs salariés percevront les mêmes montants. Par ailleurs, la priorité des droits des travailleurs salariés sur ceux des indépendants, principe en vigueur auparavant, n'est plus d'application.

4. En ce qui concerne la désignation de l'allocataire, personne qui perçoit les allocations familiales, les règles actuellement en vigueur dans le régime des travailleurs salariés, paiement en principe à la mère, seront généralisées avec des modalités particulières en vue d'éviter l'interruption des paiements.

5. Le régime d'allocations familiales uniformisé entraîne également une harmonisation opérationnelle. Ainsi l'introduction d'un seul ensemble législatif rend superflu le recours à des organismes de paiement distincts pour les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants. En pratique, les tâches des caisses d'assurances sociales en matière d'allocations familiales sont transférées aux caisses d'allocations familiales qui s'occupaient jusqu'alors des allocations fami

En ce qui concerne les prestations familiales garanties, tant le demandeur que l'enfant bénéficiaire (sauf exportation, voir ci-après) doivent résider en Belgique mais sont dispensés de la condition de résidence préalable de 5 ans (pour le demandeur : article 1er, alinéa 7, 5°, a), de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties ; pour l'enfant bénéficiaire : article 2, alinéa 1er, 1°, a) de la même loi).

Les PFG peuvent être exportées en faveur de l'enfant qui réside sur le territoire d'un Etat membre de l'EEE ou qui bénéficie d'une dérogation individuelle à la condition de territorialité, mais dans ce dernier cas ce n'est pas un droit automatique (pouvoir discrétionnaire ministériel).

En résumé:

- condition de 5 ans de résidence préalable à la demande exigée dans le cadre des prestations familiales garanties: cette condition n'est pas applicable aux ressortissants d'Etats qui ont ratifié la Charte. En effet, sont dispensés de cette condition notamment le demandeur qui est ressortissant d'un Etat qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne révisée (article 1er, alinéa 7, 4°, de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties) ainsi que le demandeur qui introduit une demande en faveur d'un enfant ressortissant d'un Etat qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne révisée (article 1er, alinéa 7, 5°, a) de la même loi). Par ailleurs, l'enfant bénéficiaire est également dispensé de cette condition en application de l'article 2, alinéa 1er, 1°, a) de la même loi.

-exportabilité des allocations familiales : dans la toute grande majorité des cas, la Belgique exporte les allocations familiales en faveur des ressortissants d'Etat qui ont ratifié la Charte. En effet, les allocations familiales sont actuellement exportées en application des règlements européens (Etats de l'EEE), des conventions bilatérales, de dérogations générales et de dérogations ministérielles. En ce qui concerne les dérogations générales, celles-ci sont applicables notamment en faveur des étudiants et ce sous certaines conditions. En ce qui concerne les dérogations individuelles, celles-ci sont accordées dans des cas dignes d'intérêt (application du pouvoir discrétionnaire des ministres communautaires compétents).

PRESTATIONS DE VIELLESSE

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.

Augmentation de certaines pensions

24 juin 2013 - Arrêté royal portant adaptation au bien être de certaines pensions dans le régime des travailleurs salariés (Moniteur belge du 03 juillet 2013)

1. Pension minimum garantie de travailleur salarié.

Un montant minimum de pension est garanti lorsque certaines conditions de durée de carrière et de régime de travail sont remplies.

Les montants annuels sont, au 1er septembre 2013, portés à 16.844,72 EUR pour un ménage à 13.480,03 EUR pour un isolé et à 13.268,09 EUR pour une pension de survie (augmentation de 1,25 %).

2. Droit minimum par année de carrière

Il s'agit du montant minimum de rémunération qui est pris en compte pour le calcul de la pension lorsque certaines conditions de durée de carrière et de régime de travail sont remplies.

Ce montant du minimum par année de carrière est au 1er septembre 2013 porté à 22.466,73 EUR (augmentation de 1,25 %).

3. Plafond salarial

La rémunération maximale qui est prise en compte pour le calcul de la pension est, pour les années après 2012, multipliée par 1,02.

4. Pécule de vacances des pensionnés

Ces montants sont augmentés une première fois de 5 % au 1er mai 2013 et une seconde fois de 3,43 % au 1er mai 2014

27 juin 2013- 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 3 juillet 2013)

Les pensions dans le régime des travailleurs salariés et dans le régime des travailleurs indépendants sont augmentées de 2 % au mois de septembre 2013, 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 1999 (au lieu de précédemment le 31 décembre 1997)

3 AVRIL 2015. - Arrêté royal portant adaptation au bien-être de certaines pensions dans le régime des travailleurs salariés (MB 13/04/2015)

Par cet AR, un certain nombre d'adaptations au bien-être ont été appliquées au régime de pension des travailleurs.

- Augmentation du droit minimum par année

Le 1er septembre 2015, le montant du droit minimum par année a été relevé à 22 916,06 euros par an.

Compte tenu de l'application du droit minimum par année, le montant total de la pension ne peut pas dépasser un certain plafond. Ce plafond a été relevé le 1er janvier 2015 aux montants maximums suivants :

- 18 223,44 euros par an pour un chef de ménage
- 14 578,75 euros par an pour un isolé

- Alignement « petit minimum » avec pension minimale normale

Les travailleurs avec une carrière mixte (salarié + indépendant) qui, uniquement avec les années en tant que salarié, ne satisfont pas aux conditions de la pension minimale peuvent également tenir compte des

années comme indépendant pour atteindre la norme de 30/45. Dans ce cas, ils recevaient dans le passé une sorte de pension minimale « dérivée », aussi appelée « petit minimum ».

À partir du 1er juin 2015, ce « petit minimum » est assimilé à la pension minimale normale pour les travailleurs. À compter de cette date, il n'y a donc plus qu'une pension minimale dans le régime pour les travailleurs.

Pour une carrière complète, cette pension minimale s'élève à :

- 16 844,72 euros par an pour un chef de ménage
- 13 480,03 euros par an pour un isolé
- 13 268,09 euros par an pour un isolé

- Augmentation du pécule de vacances pour les travailleurs

Le pécule de vacances pour les travailleurs retraités est payé en mai. Le pécule de vacances et le complément supplémentaire s'élèvent ensemble au maximum à :

- 885,07 euros pour un chef de ménage
- 708,04 euros pour un isolé

Le pécule de vacances ne peut jamais dépasser le montant de la pension du mois de mai. Si ce plafonnement doit être appliqué, le retraité reçoit cette année-là un supplément de 15 %. Avec cette limitation que le montant total (pécule de vacances + supplément) ne peut jamais dépasser le montant maximum mentionné ci-dessus.

- Adaptation des anciennes pensions

Les pensions, qui ont pris cours avant le 1er janvier 1995, ont été majorées de 1 % au 1er septembre 2015. Cela ne concerne que les pensions calculées et pas quand il existe un droit à la pension minimum pour les travailleurs.

- Adaptation de la garantie de revenus aux personnes âgées

Le montant de base de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) et du montant payé du revenu garanti aux personnes âgées est augmenté de 2 % avec effet au 1er septembre 2015.

Congé parental

31 MAI 2012. - Arrêté royal transposant la Directive 2010/18/UE du Conseil du 8 mars 2010 portant application de l'accord-cadre révisé sur le congé parental conclu par BUSINESSEUROPE, l'UEAPME, le CEEP et la CES et abrogeant la Directive 96/34/CE (Moniteur belge du 01/06/2012)

Cet arrêté prolonge de 3 à 4 mois la durée du congé parental. La durée est donc, au choix du travailleur, de 4 mois à temps plein ou 8 mois à mi-temps ou 20 mois à 1/5ème temps.

De plus, le travailleur a le droit de demander un régime de travail ou un horaire de travail aménagé pour la période (6 mois maximum) qui suit la fin de l'exercice de son congé parental.

La limite d'âge de l'enfant ouvrant le droit au congé parental (12 ans) est portée à 21 ans lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %.

Enfin, le quatrième mois n'ouvre le droit à une allocation d'interruption que pour les travailleurs qui prennent ce quatrième mois pour des enfants nés ou adoptés à partir du 8 mars 2012.

Réforme des pensions

20 DECEMBRE 2012. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 avril 2012 portant exécution, en matière de pension des travailleurs salariés, de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses (Moniteur belge du 31/12/2012)

Cet arrêté prévoit que les travailleurs salariés, qui ont introduit avant le 28 novembre 2011, auprès de l'Office national des Pensions, une demande visant à obtenir une pension de retraite anticipée en 2013 peuvent l'obtenir s'ils remplissent, à la date de prise de cours demandée, les anciennes conditions d'âge et de carrière, c'est-à-dire celles antérieures à leur modification par l'article 107 de la loi du 28 décembre 2011 (réforme des pensions).

Cet arrêté est entré en vigueur le 1er janvier 2013.

26 avril 2012 - Arrêté royal portant exécution, en matière de pension des travailleurs salariés, de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses (Moniteur belge 30 avril 2012)

Et

20 JUILLET 2012. - Loi modifiant la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses, en ce qui concerne la pension des travailleurs salariés et portant de nouvelles mesures transitoires en matière de pension de retraite anticipée des travailleurs salariés (Moniteur belge du 14 août 2012)

Et

24 juin 2013. - Loi portant des dispositions diverses, en matière de pensions (Moniteur belge du 1er septembre 2013)

Et

11 JUILLET 2013. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 avril 2012 portant exécution, en matière de pension des travailleurs salariés, de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses (Moniteur belge du 16 juillet 2013)

Ces quatre dispositions prévoient également des mesures transitoires visant à ne pas pénaliser les « cas limites » en ce qui concerne les conditions pour l'octroi de la pension anticipée ou les règles d'assimilation de certaines périodes (maintien des anciennes conditions pour ces cas)

27 février 2013. – Arrêté royal portant exécution de l'article 122 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses et modifiant diverses dispositions en matière de périodes assimilées (Moniteur belge du 08 mars 2013)

Afin de rendre le travail plus attractif cet arrêté réserve un traitement moins favorable à un certain nombre de périodes assimilées pour le calcul de la pension.

Ainsi, les périodes d'interruption volontaire du travail, hors crédits-temps avec motifs et congés thématiques, ne sont en principe plus valorisées dans le calcul de la pension qu'à concurrence d'une année maximum.

Par ailleurs, la pension relative à quatre périodes assimilées n'est plus calculée sur la base du salaire fictif normal, mais sur base d'un salaire limité, à savoir celui qui sert à calculer le droit minimum par année de carrière, et ce lorsque ce salaire limité est inférieur au salaire fictif normal.

Les quatre périodes assimilées concernées sont :

- la troisième période de chômage (chômage de longue durée);
- le régime de chômage avec complément d'entreprise (ancienne prépension);
- la pseudo-prépension (canada dry);
- les emplois de fin de carrière et les réductions des prestations de travail analogues dans le cadre de l'interruption de carrière à la fin de la carrière.

L'objectif consiste à décourager les systèmes où les salariés plus âgés quittent prématurément le marché du travail.

Certaines corrections sociales ont été apportées.

Ainsi, certaines des quatre périodes assimilées précitées continuent d'être assimilées sur base du salaire fictif normal.

Il s'agit notamment des périodes d'inactivité selon le cas après 59 ans ou 60 ans.

Il s'agit également de certaines formes de chômage avec complément d'entreprise ou d'emploi de fin de carrière, avec réduction des prestations de travail, qui se situent avant l'âge de 59 ou 60 ans. Cela est, entre autres, le cas pour les entreprises en difficulté ou en restructuration et pour les travailleurs salariés exerçant un métier lourd.

Ces corrections sociales s'ajoutent aux mesures transitoires déjà prévues à l'article 124 de la loi du 28 décembre 2011 portant des dispositions diverses. Il s'agissait de ne pas pénaliser les personnes qui se trouvaient dans une « situation limite ». Ainsi, notamment les personnes qui avaient demandé l'accès à une de ces périodes avant le 28 novembre 2011 continuent à bénéficier des anciennes règles d'assimilation.

Par ailleurs, suite à l'extension du congé parental de trois à quatre mois (AR du 31/05/2012, MB 01.06.2012), les quatre mois de congé parental sont assimilés pour le calcul de la pension à condition

que le travailleur ait droit à une allocation d'interruption (sauf pour le 4ème mois pris pour des enfants nés ou adoptés avant le 8 mars 2012).

L'assimilation est possible 4 mois à temps plein, 8 mois à ½ temps ou 20 mois à 1/5 temps.

Le présent arrêté s'applique en principe aux pensions qui prennent cours au plus tôt le 1er janvier 2013.

28 JUIN 2013. - Loi-programme, articles 112 et 113 (M.B. du 1er juillet 2013)

et

24 OCTOBRE 2013. - Arrêté royal portant exécution, en matière de bonus de pension des travailleurs salariés, de l'article 7bis de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. du 6 novembre 2013)

La loi du 28 juin 2013 prévoit un nouveau système de bonus de pension (valable pour les trois grands régimes de pension), applicable à partir du 1er janvier 2014.

Notons que ceux qui ont constitué des droits au bonus dans le régime ancien conservent ces droits. Depuis 2014, leurs droits au bonus sont constitués selon le nouveau système.

Celui-ci prévoit que le montant de pension est majoré d'un bonus pour chaque jour d'occupation effective presté durant la période de référence.

Cette période de référence débute au plus tôt un an après le moment auquel le travailleur aurait pu prendre sa pension de retraite anticipée et au plus tard à l'âge de 65 ans si à cet âge une carrière d'au moins 40 années civiles est prouvée. La période de référence se termine au moment où le travailleur prend sa pension.

Le bonus de pension est un montant forfaitaire accordé par jour de prestations effectives. Le montant du bonus augmente progressivement suivant le nombre de mois pendant lesquels la pension est reportée (par exemple de 1,5 à 2,5 euros par jour pour les travailleurs salariés).

19 AVRIL 2014. - Loi modifiant diverses dispositions relatives au régime de pension des travailleurs salariés compte tenu du principe de l'unité de carrière (M.B. du 7 mai 2014)

29 JUIN 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés et l'arrêté royal du 14 octobre 1983 portant exécution de l'article 10bis de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 10.07.2014)

Le principe de l'unité de carrière, prévoit qu'une pension complète comprend au maximum 45 années de carrière. Si le nombre d'années de carrière est plus élevé, les années les moins favorables ne sont pas prises en considération.

A l'avenir, le principe de l'unité de carrière ne sera plus calculé en années mais en jours. Le maximum de 45 années fait ainsi place à un maximum de 14.040 jours équivalents temps-plein (tenant compte des prestations à temps partiel et à temps plein)

Une personne ayant à son actif des années de carrière incomplètes pourra quand même bénéficier d'une pension pour plus de 45 années de carrière. Autrement dit, en cas de carrière supérieure à 45 ans sans dépassement de la limite de 14.040 jours, la pension octroyée est calculée sur base de l'entièreté de la carrière.

Ces nouvelles règles sont d'application pour les pensions qui prennent cours à partir du 1 janvier 2015.

19 AVRIL 2014. - Loi modifiant l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. du 7 mai 2014)

29 JUIN 2014. - Arrêté royal modifiant l'article 23 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. 10.07.2014)

Dans le régime des salariés, les périodes de travail qui se situent dans l'année du départ à la retraite ne sont pas pris en considération pour le calcul du montant de la pension.

Cette loi et cet arrêté royal prévoient qu'à partir du 1 janvier 2015, tous les mois travaillés ou assimilés seront pris en compte pour le calcul de la pension.

19 décembre 2014. – Loi-programme (M.B. 29.12.2014)

Réforme du bonus de pension : pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois après le 1er décembre 2014, le bonus sur base des règles actuelles est accordé exclusivement au travailleur salarié, qui, avant le 1er décembre 2014:

- satisfait aux conditions pour prendre sa pension de retraite anticipée de travailleur salarié, ou
- atteint l'âge de 65 ans et prouve une carrière d'au moins 40 années d'au moins 104 jours équivalents temps plein chacune, à l'exclusion de certaines années régularisées et des années d'études.
- Pension des travailleurs frontaliers et saisonniers : seuls, les travailleurs salariés qui avaient une activité comme frontalier ou saisonnier antérieure avant le 1er janvier 2015 peuvent encore prétendre ultérieurement à un complément à la pension de retraite à charge du régime belge des pensions. Ce complément vaut pour cette activité de frontalier ou de saisonnier antérieure au 1er janvier 2015, complétée éventuellement par l'activité prestée en cette qualité après le 31 décembre 2014.

Les règles en matière d'octroi et de calcul du complément ne sont pas modifiées pour les personnes qui :

- avant le 1er décembre 2015, atteignent 65 ans, ou
- remplissent les conditions d'âge et de carrière pour obtenir leur pension belge anticipée.

Pour les personnes qui ne remplissent pas ces conditions, les modifications suivantes sont apportées :

Le droit au complément à la pension de retraite des travailleurs frontaliers et saisonniers ne prend cours qu'au moment de la prise de cours de la pension légale étrangère, obtenue pour la même activité, et ce complément à la pension de retraite n'est payable que si cette pension étrangère est effectivement payable.

La renonciation à la pension légale octroyée en vertu de la législation du pays d'occupation entraîne automatiquement la renonciation au complément à la pension de retraite de travailleur frontalier ou saisonnier.

Sont pris en compte pour fixer le complément à payer :

- Les pensions légales belges et étrangères (quelle que soit leur nature, retraite ou survie).
- Les avantages de pension belges et étrangers destinés à compléter ces pensions légales.
- Pension minimum garantie ; rappel : pour qu'une pension soit portée au minimum garanti pour un salarié à temps plein, il faut que la carrière prestée soit comme salarié soit comme salarié et indépendant, atteigne au moins les 2/3 d'une carrière complète. Pour déterminer si cette condition est remplie, on tient compte de chaque année de carrière comme salarié qui comporte au moins 208 jours équivalents temps plein (ETP).

Il existe aussi un minimum garanti pour salariés à temps partiel. Dans ce cas, les années prises en compte pour remplir la condition des 2/3 d'une carrière complète ne doivent comporter que 156 ETP chacune.

Deux modifications sont apportées pour les pensions qui prennent cours à partir du 1er janvier 2015 :

La condition d'ouverture du droit à une pension minimum pour un salarié à temps-plein ou à temps partiel est examinée sur base de l'entièreté de la carrière prestée comme salarié et indépendant avant application de la limitation à l'unité de carrière (interne et externe). Ainsi, pour déterminer si cette condition est remplie, la carrière de travailleur salarié ne peut pas être réduite en raison de la carrière prestée dans d'autres régimes (fonctionnaire...). Ce principe est également appliqué pour la pension de travailleur indépendant.

Lorsqu'on remplit les conditions pour avoir une pension minimum garantie, celle-ci sera accordée proportionnellement au nombre d'années comportant au moins 52 jours équivalents temps plein (ETP).

21 mai 2015. - Loi portant création d'un Comité national des Pensions, d'un Centre d'Expertise et d'un Conseil académique (M.B. 22 mai 2015).

Il est institué sous le nom de Comité national des Pensions un organe consultatif qui a pour mission de rendre des avis sur toutes propositions en matière de pensions qui lui sont soumises par le ministre ou les ministres ayant les pensions dans leurs attributions. Ces avis sont rendus sous forme de rapports exprimant les différents points de vue exposés en son sein.

L'ensemble des connaissances en matière de pensions disponibles auprès des différentes administrations, établissements publics et établissements d'utilité publique est regroupé sous la dénomination "Centre d'Expertise".

Il est institué sous le nom de Conseil académique un organe qui a pour mission d'adresser au ministre ou aux ministres ayant les pensions dans leurs attributions, soit d'initiative, soit à la demande de ceux-ci, un avis scientifique étayé sur toutes les propositions en matière de pension.

10 AOUT 2015. - Loi visant à relever l'âge légal de la pension de retraite et portant modification des conditions d'accès à la pension de retraite anticipée et de l'âge minimum de la pension de survie (Moniteur belge des 21 et 31 août 2015).

1. Relèvement de l'âge légal de la pension de retraite

L'âge de la pension est de :

1° 65 ans pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tard le 1er janvier 2025;

2° 66 ans pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er février 2025 et au plus tard le 1er janvier 2030;

3° 67 ans pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er février 2030."

La garantie de revenus aux personnes âgées est assurée aux personnes qui ont atteint l'âge légal de la pension (donc à 66 ans en 2025 et à 67 ans en 2030)

2. Le renforcement des conditions d'accès à la pension anticipée

La première réforme des pensions avait prévu un relèvement progressif de 2013 à 2016 de l'âge et des conditions d'ancienneté pour accéder à la pension anticipée. Le relèvement de l'âge se fait par tranche de 6 mois. Des exceptions sont prévues pour les très longues carrières.

La loi du 10 AOUT 2015 renforce les conditions d'accès à la pension de retraite anticipée à partir de 2017 jusqu'à 2019.

L'âge est porté à :

o 62,5 ans en 2017

o 63 ans en 2018.

La condition d'ancienneté est portée à :

o 41 ans en 2017

o 42 ans en 2019.

Des exceptions sont également prévues pour les très longues carrières à partir de 2019 :

o 60 ans et 44 années de carrière

o 61 ans et 43 ans de carrière.

Les mesures transitoires introduites par la première réforme seront maintenues. Des mesures transitoires seront fixées de la même manière pour la troisième réforme. Ainsi, un travailleur répondant aux conditions de la pension anticipée fin 2016 fixera ce droit pour l'avenir, même s'il ne prend pas sa pension directement. De même, un travailleur ayant 58 ans en 2016 ne pourra voir l'âge de sa pension anticipée retardée que de 2 ans maximum, et s'il a 59 ans en 2016, que d'un an maximum.

Retenues sur les pensions

8 DECEMBRE 2013. - Arrêté royal portant exécution des articles 4 et 13 de la loi du 13 mars 2013 portant réforme de la retenue de 3,55 % au profit de l'assurance obligatoire soins de santé et de la cotisation de solidarité effectuées sur les pensions (M.B. du 16 décembre 2013)

Cet arrêté royal met en oeuvre la réforme du cadastre des pensions (banque de données des pensions alimentée par les déclarations relatives à la cotisation de solidarité et à la retenue AMI) dans le sens où il prévoit les dispositions d'exécution concernant la retenue de 3,55 % prélevée sur les pensions au profit de l'assurance obligatoire soins de santé (retenue AMI).

En ce qui concerne la perception de la retenue sur les pensions étrangères cet arrêté s'est conformé à la jurisprudence de la Cour de Justice européenne et à l'avis de la Commission européenne.

Ainsi, la partie de la retenue qui correspond aux pensions à charge d'un régime étranger de pension ou d'un régime de pension d'une institution internationale et aux avantages de pension destinés à compléter de telles pensions est opérée uniquement :

1° lorsque l'intéressé a fixé son lieu de résidence principale en Belgique et qu'il bénéficie d'une pension ou d'un avantage y tenant lieu à charge d'un organisme belge de pension;
2° lorsque l'intéressé a fixé son lieu de résidence principale à l'étranger et qu'il bénéficie des prestations de santé dues en exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à charge d'une institution belge.

19 AVRIL 2014. - Loi modifiant l'article 68, § 3, de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales (M.B. du 7 mai 2014)

En vue de se conformer à la Règlementation européenne cette loi a précisé les modalités de perception de la cotisation de solidarité sur les pensions à charge d'un régime étranger de pension(les précisions apportées par cette loi étant entre les crochets dans le texte ci-dessous).

Ainsi, la partie de la retenue à effectuer, qui correspond aux pensions à charge d'un régime étranger de pension ou d'un régime de pension d'une institution internationale, et aux avantages complémentaires destinés à compléter de telles pensions est opérée uniquement :

1° lorsque l'intéressé a fixé son lieu de résidence principale en Belgique et qu'il bénéficie d'une pension ou d'un avantage y tenant lieu, à charge d'un organisme belge de pension [et qu'il n'est pas soumis à la sécurité sociale d'un autre Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat membre de l'Espace économique européen ou de la Suisse, conformément au Titre II du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale];

2° lorsque l'intéressé a fixé son lieu de résidence principale [dans un Etat qui n'est pas membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou hors de la Suisse] et qu'il bénéficie d'une pension ou d'un avantage y tenant lieu à charge d'un organisme belge de pension mais qu'il ne bénéficie d'aucune pension ou d'aucun avantage y tenant lieu à charge d'un organisme de pension dans le pays de résidence.

Précisons que les mots [dans un Etat qui n'est pas membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou hors de la Suisse] remplacent les mots [à l'étranger].

Cumul d'une pension avec des revenus professionnels ou des prestations sociales

28 MAI 2013. - Arrêté royal modifiant diverses dispositions réglementaires relatives au cumul d'une pension dans le régime des travailleurs salariés avec des revenus professionnels ou des prestations sociales (Moniteur belge du 20 juin 2013)

Une pension pourra à partir de l'âge de 65 ans être cumulée de manière illimitée avec une activité professionnelle pour autant que le pensionné ait une carrière d'au moins 42 ans.

Par ailleurs, le revenu professionnel maximum autorisé du pensionné est désormais indexé chaque année.

Ensuite, la sanction en cas de dépassement des plafonds autorisés est adaptée. Si le dépassement de revenus autorisés est inférieur à 25% des revenus de l'année (au lieu de 15% précédemment), on effectue une suspension partielle de la pension à hauteur d'un même pourcentage.

Pour un dépassement supérieur, la perte de la pension est complète.

Enfin, le cumul d'une pension avec une prestation sociale reste en principe exclu. Le cumul d'une pension de survie avec une prestation sociale, limité à un certain montant, est néanmoins possible durant une période de 12 mois.

Ces mesures sont entrées en vigueur le 1er janvier 2013.

11 DECEMBRE 2014. - Arrêté ministériel portant adaptation des montants annuels visés à l'article 64, §§ 2 et 3 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. 19.12.2014)

Cet arrêté a fixé les montants limites pour les revenus professionnels de 2015
Montants limites pour les revenus professionnels de 2015 :

Conditions

Charge d'enfant (oui ou non)

Montant annuel à ne pas dépasser par type d'activité :

salarié, fonction ou mandat / indépendant ou mixte (salarié et indépendant)

A. Avant l'âge légal

non 7.793,00 EUR / 6.234,00 EUR

oui 11.689,00 EUR / 9.351,00 EUR

B. Moins de 65 ans et uniquement une pension de survie

non 18.144,00 EUR / 14.515,00 EUR

oui 22.680,00 EUR 18.144,00 EUR

C. À partir de l'âge légal de la pension

non 22.509,00 EUR / 18.007,00 EUR

Oui 27.379,00 EUR / 21.903,00 EUR

20 janvier 2015. - Arrêté royal 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.23 janvier 2015).

Le cumul d'une pension et de revenus professionnels est autorisé moyennant le respect de certains montants limites annuels pour les revenus professionnels.

Si ces limites sont dépassées, la pension sera réduite proportionnellement au pourcentage de dépassement (dépassement de 10% = 10% de réduction)..

Toutefois, si le conjoint d'un bénéficiaire d'une pension au taux de ménage ne respecte pas les montants limites, la pension au taux de ménage est ramenée à une pension d'isolé.

Le pensionné ne doit pas tenir compte des limites de revenus professionnels :

- dès le 1er janvier de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 ans, ou

- dès l'octroi de sa première pension de retraite, si sa carrière professionnelle comporte au moins 45 années (en tant que salarié, indépendant, fonctionnaire,...). Il doit chaque année avoir travaillé au moins 104 jours équivalents temps plein, à l'exclusion de certaines années régularisées et des années d'études.

Prestations de survivants

Réforme de la pension de survie

5 MAI 2014. - Loi portant modification de la pension de retraite et de la pension de survie et instaurant l'allocation de transition dans le régime de pension des travailleurs salariés et portant suppression progressive des différences de traitement qui reposent sur la distinction entre ouvriers et employés en matière de pensions complémentaires (M.B. 09.05.2014)

Et

3 JUILLET 2014. - Arrêté royal portant exécution de la réforme de la pension de survie et de l'allocation de transition dans le régime de pension des travailleurs salariés et modifiant divers arrêtés royaux (M.B. 10.07.2014)

Cette loi et cet arrêté royal ont concrétisé la réforme des pensions de survie.

- Régime lorsque le conjoint décède avant le 1er janvier 2015

Les règles anciennes relatives à la pension de survie restent d'application.

La pension de survie n'est accordée que, si à la date du décès, le conjoint survivant était marié depuis un an au moins avec le travailleur décédé. Cette condition est remplie si la période de cohabitation légale suivie du mariage totalise une année au moins. Les exceptions à cette condition restent d'application.

- Régime lorsque le conjoint décède au plus tôt le 1er janvier 2015

Dans ce cas le conjoint survivant obtiendra une pension de survie ou une allocation de transition.

L'âge du veuf ou la veuve au moment du décès de son conjoint détermine la prestation qui est attribuée.

Age minimum du conjoint survivant pour prétendre à une pension de survie.

Décès en : Condition d'âge :

2015 45 ans

2016 45 ans et 6 mois

2017 46 ans

2018 46 ans et 6 mois

2019 47 ans

2020 47 ans et 6 mois

2021 48 ans

2022 48 ans et 6 mois

2023 49 ans

2024 49 ans et 6 mois

2025 50 ans

Le conjoint survivant, qui ne remplit pas la condition d'âge pour obtenir la pension de survie, obtient l'allocation de transition si les autres conditions ci-dessous sont remplies.

Les règles suivantes régissent l'allocation de transition.

C.4. Conditions générales

Comme pour la pension de survie, il y a une condition de durée minimale d'un an de mariage ou de cohabitation légale suivie de mariage. Les exceptions à cette condition sont les mêmes. L'allocation de transition est également perdue en cas de remariage.

C.5. Calcul de l'allocation de transition

En règle générale, le calcul de l'allocation de transition est similaire à celui de la pension de survie.

C.6. Durée

L'allocation de transition est octroyée pour une durée de 12 mois. Cette période est de 24 mois, si au moment du décès, un enfant est à charge pour lequel l'époux ou l'épouse percevait des allocations familiales ou si un enfant posthume naît dans les trois cents jours du décès.

Au terme de cette période le conjoint survivant peut prétendre aux allocations de chômage.

La personne ayant bénéficié d'une allocation de transition peut aussi prétendre à une pension de survie lorsqu'elle atteint l'âge légal de la retraite ou peut prétendre à une pension de retraite anticipée ou bénéficie d'une pension de retraite pour motif de santé ou d'inaptitude physique dans le secteur public.

C.7. Cumul avec des revenus professionnels ou des prestations de sécurité sociale

L'allocation de transition peut être cumulée sans limitation avec des revenus professionnels ou des prestations de sécurité sociale.

10 AOÛT 2015. - Loi visant à relever l'âge légal de la pension de retraite et portant modification des conditions d'accès à la pension de retraite anticipée et de l'âge minimum de la pension de survie (Moniteur belge des 21 et 31 août 2015).

La réforme de la pension de survie a démarré en 2015. La loi du 10 août 2015 prévoit la suite de cette réforme. En effet, l'âge pour avoir droit à la pension de survie (âge au moment du décès du conjoint) est progressivement relevé de 51 à 55 ans pendant la période de 2026 à 2030.

Pour la personne qui n'a pas atteint l'âge de la pension de survie, rappelons qu'il existe une allocation de transition payée par l'ONEm. Par ce relèvement progressif de l'âge, de plus en plus de conjoints survivants entreront dans le nouveau système de l'allocation de transition.

En annexe de cette contribution de la Sécurité Sociale sur la charte sociale, on vous transmet le lien de la brochure "Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale" édition 2016 :

<http://socialsecurity.belgium.be/fr/publications/tout-ce-que-vous-avez-toujours-voulu-savoir-sur-la-securite-sociale>

Voir également les annexes Vademecum des données chiffrées de la protection sociale en Belgique - partie statistique ainsi que Strategic Social Reporting 2015 Belgium dans la partie « Annexes ».

1.1.2. Fonds des accidents du travail

Risques couverts, financement des prestations et champ d'application personnel

Population couverte par les lois des accidents de travail du 4 juillet 1967 (secteur public) et du 10 avril 1971 (secteur privé) : ce tableau couvre tous les travailleurs (les catégories non soumis à la ONSS inclus). Il s'agit de la catégorie A des données venant du ONSS⁸ :

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
- Conjoints	264.096
- Ascendants	13.601
- Descendants	2.219.888

⁸ <http://www.onssrszls.fgov.be/fr/home>

2.2. Entités fédérées

2.2.1. Autorité Flamande

Mesures pour établir/ maintenir un système de sécurité sociale

Contribution du domaine flamand du Bien-être , Santé publique et Famille (WVG)

L'assurance soins flamande a déjà été mentionnée dans la partie relative à l'article 11, §1er. Et donc, nous devons peut-être indiquer par souci de cohérence et de clarté que cette assurance soins est en train d'évoluer vers une Protection sociale flamande.

Paragraphe 2 – Respect de la Convention n° 102 de l’OIT (sécurité sociale, norme minimum)

Voir contribution ci-dessus à l’article 12§1.

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. Réponses aux questions du Comité

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de la Sécurité Sociale :

Situation des personnes se déplaçant entre Etats

La Belgique est liée par des accords internationaux de sécurité sociale.

Il y a les accords multilatéraux avec les pays de l'UE, de l'EEE ainsi qu'avec la Suisse.

Elle a conclu des **conventions bilatérales** avec les pays suivants : l'Albanie, l'Algérie, l'Argentine, l'Australie, la Bosnie-Herzégovine, le Brésil, le Canada (avec un accord séparé pour le Québec), le Chili, le Congo (RDC), la Corée du Sud, les Etats-Unis d'Amérique, l'Inde, Israël, la Moldavie, le Japon, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, le Maroc, le Monténégro, les Philippines, Saint-Marin, la Serbie, la Tunisie, la Turquie, l'Uruguay et la Yougoslavie (cette convention s'applique encore à l'ex-république yougoslave du Kosovo).

Aucune évolution significative n'est intervenue depuis le dernier rapport.

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.

1.2. Entités fédérées

1.2.1. Autorité Flamande

Egalité de traitement et conservation des droits acquis

Remarque préalable : Au sujet de la lutte contre la discrimination, on peut citer le décret flamand en matière d'égalité des chances et de non-discrimination mais le décret existe depuis 2008 et a déjà été repris dans de précédents rapports.

On peut également mentionner le Centre interfédéral pour l'égalité des chances : C'est en mars 2014 que le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations, en abrégé le Centre interfédéral pour l'égalité des chances, a été créé. Les citoyens souhaitant déposer une plainte pour discrimination en rapport avec des compétences flamandes peuvent désormais également s'adresser à cet organe indépendant et ce pour des motifs dits de race, de couleur de peau, d'ascendance, d'origine nationale ou ethnique, d'orientation sexuelle, d'état civil, de naissance, de fortune, d'âge, de convictions philosophiques ou religieuses, d'état de santé actuel ou futur, de handicap, de caractéristiques physiques, (...) Les anciens points de contact locaux flamands ont été intégrés dans le nouveau Centre interfédéral de l'égalité des chances et ils en font désormais intégralement partie.

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

1.1. Niveau fédéral

Au niveau de la Sécurité Sociale :

Garantie de revenus aux personnes âgées

27 décembre 2012.- Loi-programme (Moniteur belge du 31 décembre 2012)

Les personnes de nationalité étrangère à la condition qu’un droit à une pension de retraite ou de survie, en vertu d’un régime belge, soit ouvert bénéficiaient déjà de la garantie de revenus aux personnes âgées.

Depuis le 1er juillet 2012 cette loi a ajouté des conditions supplémentaires :

- soit, avoir le statut de résident de longue durée en Belgique ou dans un autre pays de l’Union européenne (ce sont les étrangers visés par l’article 15bis et par le titre II, chapitre V de la loi du 15 décembre 1980 sur l’accès au territoire, le séjour, l’établissement et l’éloignement des étrangers)
- soit avoir une carrière minimale prouvée en Belgique d’au moins 312 jours équivalents temps plein.

30 AOUT 2013. - Arrêté royal 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. du 4 septembre 2013)

Depuis le 1er septembre 2013 les montants annuels de la garantie de revenus aux personnes âgées ont été augmentés hors index de 2 %. Les nouveaux montants sont 8.093,56 EUR (personne cohabitante) et 12.140,34 (personne isolée).

8 DECEMBRE 2013. - Loi modifiant la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. du 16 décembre 2013)

et

7 FEVRIER 2014. - Arrêté royal modifiant l’arrêté royal du 23 mai 2001 portant règlement général en matière de garantie de revenus aux personnes âgées et abrogeant l’arrêté royal 5 juin 2004 portant

exécution de l'article 6, § 2, alinéa 3 et de l'article 7, § 1er, alinéa 3 et § 2, alinéa 2, de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. du 18 février 2014)

La réforme de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) s'articule autour de 3 grands axes :

- anomalies corrigées de manière à ce que les personnes qui ont réellement besoin d'aide financière soient prises en considération ;
- la réglementation est simplifiée pour lutter plus efficacement contre la fraude ;
- une simplification administrative est instaurée.

Concrètement cela implique notamment les modifications suivantes :

- Un contrôle renforcé de la résidence en Belgique, l'une des conditions pour obtenir la GRAPA. Actuellement, la condition liée à la résidence en Belgique est contrôlée par un certificat de résidence envoyé par la poste au domicile de l'intéressé qui doit le renvoyer dans les 30 jours. Ce dispositif est renforcé par un contrôle par échantillonnage : l'ayant droit de moins de 80 ans et qui ne réside pas en maison de retraite doit se présenter en personne à la commune. L'octroi de la GRAPA est suspendu après un séjour de plus de 29 jours à l'étranger.

Des règles d'octroi plus strictes en cas de cohabitation avec des personnes bénéficiant d'allocations familiales. Dorénavant, seuls les propres enfants, les enfants adoptés ou les enfants placés seront repris dans le diviseur des ressources. Auparavant, les petits-enfants et les enfants sans lien de parenté résidant au domicile de l'ayant droit étaient repris dans le calcul. De ce fait, les personnes disposant d'une pension confortable percevaient quand même la GRAPA.

Si les ayants droit à la GRAPA cohabitent avec des personnes qui ne sont ni leur conjoint ni leur cohabitant légal, ces autres personnes ne sont plus soumises à un examen des ressources. Cela permet d'éviter que l'octroi de la GRAPA ne soit bloqué par le refus exprimé par ces personnes de se prêter à l'examen des ressources. La réforme donne plus de sécurité et de stabilité aux ayants droit à la GRAPA. En cas de cohabitation avec un partenaire (marié ou cohabitant légal), l'examen des ressources du partenaire est maintenu, car les conjoints ou cohabitants légaux sont solidaires.

La GRAPA n'est pas réduite ou supprimée si l'on intègre une maison de repos et l'on choisit de rester domicilié chez soi. Tant que les deux partenaires (mariés ou cohabitants légaux) habitent encore ensemble à la maison, ils ne peuvent pas bénéficier d'un montant majoré. Ils perçoivent uniquement le montant de base, diminué de la moitié des revenus et ressources. Un montant majoré n'est accordé que lorsque l'on entre en maison de repos. Auparavant, le calcul des pensions et des ressources était toutefois aussi adapté : seuls les revenus et ressources propres étaient déduits et non plus la moitié de la moitié des revenus et ressources communs. Cela créait des situations dans lesquelles l'allocation de la GRAPA se voyait réduite alors que les revenus et ressources restaient inchangés. Désormais, en cas d'entrée en maison de retraite avec maintien du domicile, le mode de calcul demeurera le même. Par conséquent, la GRAPA sera toujours augmentée dans ce cas.

Une immunisation partielle des revenus professionnels est instaurée. Les 5.000 premiers euros de revenus découlant d'une activité professionnelle ne seront plus pris en considération lors du calcul des ressources.

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.

En ce qui concerne les personnes handicapées (article 13 et 12 paragraphe 4)

1. Présentation succincte du régime des allocations aux personnes handicapées

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.

2. Évolution de la législation et de la réglementation relatives aux personnes handicapées ainsi que de la pratique administrative

Augmentation du montant des allocations

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.

L'allocation de remplacement de revenus (ARR) a été augmentée de 2 % le 1er septembre 2013.

Par ailleurs, les exonérations pour différentes catégories ont été adaptées

- l'abattement de catégorie familiale pour l'allocation d'intégration (AI) est majorée de 2%.
- l'abattement appliqué à l'ARR, connu sous l'appellation « prix de l'amour » a également été augmenté;
- l'abattement de catégorie familiale pour l'allocation d'intégration (AI) a été majoré de 1,8 %.

Voir arrêté royal du 13 août 2013 portant diverses modifications relatives aux personnes handicapées (M.B. : 10.09.2013)

Le 1er avril 2014, les montants de l'abattement pour l'AI ont été alignés sur les montants de base pour l'ARR.

En effet, il était nécessaire de mettre un terme à l'inégalité de traitement actuelle entre personnes handicapées, générée par le fait que le montant de l'allocation d'intégration (AI) pour les personnes handicapées était plus élevé quand le revenu de remplacement consiste en l'allocation de remplacement de revenus que quand le revenu de remplacement est d'une autre nature (invalidité, chômage, pension).

Voir arrêté royal du 21 juillet 2014 portant modification de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration (M.B. : 29.07.2014)

Le 1er septembre 2015, l'ARR a été majorée de 2%. Cette augmentation résulte également de l'application de l'enveloppe bien-être, le budget mis à disposition par le gouvernement pour majorer les pensions et les allocations les plus basses.

Voir Arrêté royal du 16 septembre 2015 portant majoration du montant de l'allocation de remplacement de revenus en application de l'article 6, § 6, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées (M.B. : 21.09.2015)

Projet Handicare

Depuis le 11 avril 2016, la Direction générale Personnes handicapées a mis en place les premières bases pour l'application du projet Handicare.

Les fers de lance de ce projet sont :

- Etre plus proches du citoyen: renforcer les points de contact locaux et mieux les soutenir, permettre au citoyen de choisir lui-même le canal de communication par lequel il souhaite être contacté, ...
- Simplification administrative: miser davantage sur la numérisation et l'automatisation, ne pas demander deux fois les mêmes données au citoyen, demander uniquement les données nécessaires au traitement de la demande que l'administration ne peut obtenir elle-même.
- Travailler de manière encore plus professionnelle: les processus et services seront traités par des équipes locales: chaque équipe gèrera de bout en bout les dossiers qui lui seront confiés et servira de point de contact pour ces dossiers.

6e réforme de l'Etat

Suite à la 6e réforme de l'Etat, depuis le 1er juillet 2014, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) relève de la compétence de la Communauté flamande, de la Région wallonne, de la Communauté germanophone et de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale. Cependant, le traitement des dossiers et des demandes n'a pas encore été transféré. Le Service public fédéral Sécurité sociale continue donc d'octroyer l'allocation pour l'aide aux personnes âgées et d'assurer le suivi des dossiers existants pendant une période transitoire, au nom des entités fédérées.

Pour rappel, 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.

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Niveau fédéral

Champ d'application personnel

Au niveau de la Sécurité Sociale :

La procédure est en cours afin de faire entrer en vigueur l'article 110 de la loi du 6 mai 2009 étendant le champ d'application personnel de la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) à tous les ressortissants des Etats parties à la Charte.

En annexe de cette contribution de la Sécurité Sociale sur la charte sociale, on vous transmet le lien de la brochure "Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale" édition 2016 :

<http://socialsecurity.belgium.be/fr/publications/tout-ce-que-vous-avez-toujours-voulu-savoir-sur-la-securite-sociale>

3. Réponse à la situation non-conforme

Voir réponse ci-dessus

Paragraphe 2 – Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Entités fédérées

1.1.1. Autorité flamande

Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

Veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux.

Contribution du domaine flamand Action sociale, Santé publique et Famille (WVG)

Information à jour sur les effectifs des CPAS en Flandre ainsi que sur l'évolution des dépenses afférentes aux CPAS.

Mesures spécifiques visant à garantir le droit à l'assistance sociale et médicale aux personnes handicapées (cf. sous art.13§3)

Contribution du domaine flamand Chancellerie et administration (KB) - Depuis la perspective d'égalité des chances

Remarque : Au sujet de la lutte contre la discrimination, on peut citer le décret flamand en matière d'égalité des chances et de non-discrimination mais le décret existe depuis 2008 et a déjà été repris dans de précédents rapports.

1.1.2. Communauté germanophone

Au niveau de la Communauté germanophone, des dispositions décrétales réglant la perte de certains droits sociaux ou politiques suite au recours à de l'aide (soutient par les CPAS) n'existent pas

Paragraphe 3 – Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Entités fédérées

1.1.1. Autorité flamande

Dans le contexte de l'art.13 §3 et §4, nous pouvons souligner quelques initiatives récentes en matière de logement et de droit à l'assistance sociale :

- l'arrêté du gouvernement flamand concernant les groupes de logements avec assistance (2012) qui contient des dispositions relatives aux logements avec assistance (habitations adaptées individuelles, dans lesquelles des personnes de plus de 65 ans peuvent vivre de façon autonome en ayant la possibilité de recourir à une aide);

- la modification de l'arrêté cadre Logement social (2013) : les dispositions relatives à l'attribution accélérée (art.24) ont été modifiées pour permettre au groupe cible 'jeunes qui habitent en autonomie avec un accompagnement par un service agréé' et les 'personnes ayant un problème de santé mentale' (notamment, habitation protégée) de prétendre à une telle attribution.

Ces questions ne concernent toutefois pas des points sur lesquels le Comité a posé des questions ni des points pour lesquels la Belgique serait en défaut. Elles sont donc mentionnées à titre purement informatif.

Révision textuelle par l'Agence flamande pour les Personnes handicapées (VAPH) du texte du précédent Rapport belge (7ème rapport, 2008-2011), p. 133-134 (certains alinéas sont supprimés; les ajouts par rapport à l'ancien texte sont indiqués en gras):

Mesures spécifiques en vue de garantir le droit à l'assistance sociale et médicale aux personnes handicapées durant **la période de référence 2012-2016 (fin 2015)**

L'Agence flamande pour les Personnes handicapées a été mise en place par le décret du 7 mai 2004. 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.

La VAPH va plus loin que les obligations de l'article 13. La voie normale pour une personne handicapée pour avoir accès à une infrastructure ou à une assistance 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 dans la période de référence** suivre une procédure : classement par une équipe Multidisciplinaire (indépendante de la VAPH et des autorités), ensuite appréciation par la Commission provinciale d'évaluation qui remet 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 l'article 14 du Décret du 7 mai 2004 créant l'Agence interne indépendante avec personnalité juridique, l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH).

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.

Il faut remarquer que la politique vis-à-vis des personnes handicapées en Flandre a complètement changé depuis le 1er janvier 2016. Ceci, suite à l'approbation du *Décret du 25 avril 2014 portant le financement suivant la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées*. Nous ferons rapport sur cette nouvelle 'loi' (décret) et ses conséquences pour l'accès à l'assistance personnelle des personnes handicapées dans le rapport suivant.

1.1.2. Communauté germanophone

Cadre juridique général

- 1.) Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale. Chaque commune du Royaume est desservie par un CPAS (centre public d'action sociale).
- 2.) L'arrêté Royal du 20 juillet 1973 relatif à l'agrément et à la subvention des centres de télé-accueil destinés aux personnes en état de crise psychologique.
- 3.) Décret du 19 juin 1990 organisant un « Office de la communauté germanophone pour les personnes handicapées. (DPB).
- 4.) Décret du 9 mai 1994 de la Communauté germanophone relatif aux habitations destinées à l'accueil d'urgence. Ce décret prévoit les formes d'accueil pour les personnes en détresse. En 2016 ce décret a été adapté afin de rendre possible l'utilisation d'un logement d'accueil d'une organisation partenaire par une autre. Ceci dans le but d'une meilleure utilisation des capacités existantes.
- 5.) Décret du 14 Décembre 1992 portant création d'un Fonds pour l'apurement de dettes en Communauté germanophone.
- 6.) Décret du 29 avril 1996 de la Communauté germanophone concernant la médiation et l'apurement de dettes ainsi que l'arrêté du Gouvernement du 15 Juin 2004 relatif à l'assistance contre le surendettement.

7) Le décret du 5 mai 2014 pour la reconnaissance et la promotion de carrefours (point de rencontre) sociaux.

8.) Le décret du 25 mai 2009 relatif au règlement budgétaire de la Communauté germanophone. En vertu des articles 57, 104 et 105, pour une période à définir à chaque fois, le Gouvernement peut conclure avec des institutions ou des services actifs sur le territoire de la Communauté germanophone un contrat de gestion dans lequel sont fixées les missions de ces institutions ou services, les conditions-cadres dans lesquelles elles doivent être assumées ainsi que leur financement.

Le 7 janvier 2016, le Gouvernement de la Communauté germanophone a conclu une série de conventions et adopté une série des arrêtés de subventionnements sur base de l' article 105. Ci-après la liste de ces conventions et /ou arrêtés :

- A) Convention conclue entre le Gouvernement de la Communauté germanophone et « l'ASBL Verbraucher-schutzzentrale » (protection des consommateurs).
- B) Convention entre le Gouvernement de la CG et l'asbl « SOS-Hilfe ».
- C) Convention entre le Gouvernement de la CG et l'Asbl « Telefonhilfe » (assistance téléphonique).
- D) Convention entre le Gouvernement de la CG l'asbl « DABEL ».
- E) Convention entre le Gouvernement de la CG et la Croix-Rouge de Belgique pour mener à bien le projet "Info Integration» pour l'année 2016.
- F) Le Gouvernement de la DG subsidie aussi l'asbl PRISMA. (centre de conseil , de formation et de protection pour femme).
- G) Convention avec la Croix-Rouge de Belgique, section de la Communauté germanophone en matière d'aide alimentaire.

Mesures

- Le Ministère de la Communauté germanophone continuera d'assurer l'impression de la brochure „Das ÖSHZ – eine Türe steht Ihnen offen” (Fr : Le CPAS – une porte vous sera ouverte). En outre, le Ministère a publié la brochure “Das ÖSHZ- ein Leitfaden für die Dienste in der DG” (le CPAS – un guide pour les services en CG). Certains CPAS présentent leurs services sur internet ou moyennant une brochure.
- Le site web www.dglive.be a été relancé. Sous la rubrique « Infocenter”, vous trouvez des informations relatives aux différents secteurs, entre autre du secteur „Affaires sociales“. Y sont indiquées, les organisations de référence et des informations supplémentaires sont fournies.
- Nous disposons aussi d'une banque de données des services. Dans cette dernière, outre les services offerts par le ministère, le gouvernement et d'autres services publics, vous y trouverez aussi toutes les possibilités offertes par les organisations subventionnées par la CG (y inclus personnes de contact, adresse)
- Le 10 avril 2014, le gouvernement de la Communauté germanophone a approuvé l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, la Région flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone concernant la lutte contre le sans-abrisme). Cet accord vise les objectifs suivants:
 - Une détermination des compétences des différents partenaires dans la lutte contre le sans-abrisme;

- Une concertation régulière entre les parties contractuelles;
- À long-terme, une collaboration plus coordonné dans la lutte contre le sans-abrisme, et ce surtout durant le temps d'hiver.

Paragraphe 4 – Assistance d’urgence spécifique aux non-résidents

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Niveau fédéral

Voir réponse à l’article 12 paragraphe 4

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Niveau fédéral

Dans le rapport de la Belgique (annexe 7 + 2 addendi), le point relatif au paragraphe 4 de l’article 13 renvoie à la réponse fournie pour l’article 12 paragraphe 4. Or celui-ci porte sur la sécurité sociale des personnes se déplaçant entre Etats, domaine étranger aux compétences de Fedasil. Il convient aussi de relever que Le CEDS indique également que les informations fournies dans cette réponse ne répondaient en tout état de cause pas à ses conclusions formulées en 2009 « quant à la nature et l’ampleur de l’assistance sociale et médicale d’urgence offertes aux étrangers en situation irrégulière ». Cette assistance d’urgence est toutefois du ressort des CPAS et non de Fedasil. Voir également : <https://www.mi-is.be/fr/themes/aide-medicale/aide-medicale-urgente>

En revanche, Fedasil peut fournir des éléments pour répondre aux commentaires de la Ligue des droits de l’homme (LDH) contenus dans son rapport qui est joint à l’annexe 7. La LDH considère en effet comme problématiques au regard de l’article 13 les articles 4 et 45, 7° et de la loi du 12 janvier 2007 précitée.

Les critiques formulées à l’égard de ces deux dispositions appellent la réponse suivante :

La LDH soutient que les personnes visées par des décisions prises en application des articles 4 et 45, 7° de la loi du 12 janvier 2007 sont privées du droit à l’aide matérielle qui est octroyée aux demandeurs d’asile en Belgique.

La première disposition prévoit que Fedasil a la possibilité de limiter, à l’aide d’une décision motivée, au seul accompagnement médical le droit à l’aide matérielle à partir de l’introduction d’une deuxième demande d’asile et cela, jusqu’à la décision relative à la prise en considération de cette demande par l’instance compétente (le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides en Belgique). La seconde disposition prévoit, en cas de manquement grave au règlement d’ordre intérieur, la possibilité de prendre une sanction d’exclusion temporaire, pour une durée maximale d’un mois, à l’égard d’un bénéficiaire de l’accueil.

Ces dispositions prévoient donc une limitation, pendant une période limitée, de l’aide matérielle et en aucune manière une privation complète de ce droit. Ces dispositions du droit belge sont d’ailleurs conformes à l’article 20 de la directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l’accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte).

Pour ce qui concerne les autres points soulevés par la LDH, à savoir la crise de l’accueil, les mineurs étrangers séjournant illégalement avec leurs parents en Belgique ainsi que les mineurs étrangers non accompagnés, nous renvoyons, comme la LDH, au mémoire déposé par la Belgique, dont Fedasil est l’auteur, dans le cadre de la réclamation collective n°69/2011 *DEI c. Belgique* devant la Comité européen des droits sociaux.

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. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Entités fédérées

1.1.1. Autorité Flamande

Contribution du domaine flamand du Bien-être , Santé publique et Santé (WVG)- aide sociale générale (AWW), médiation de dette et animation sociale

Aide sociale générale (AWW)

L'aide sociale générale offre une aide et un service de nature psychosociale aux personnes dont le bien-être est menacé ou diminué. Ceci peut être dû à des événements dans la sphère personnelle, des problèmes à la suite d'événements dans un contexte de criminalité ou des problèmes de vulnérabilité multiple à la suite d'un processus d'exclusion sociale. L'aide sociale générale aide les gens à s'épanouir sur les plans personnel et social, à exercer leurs droits individuels et sociaux de sorte qu'ils puissent vivre une vie digne.

L'aide sociale générale veut :

1. promouvoir un accès facile aux dispositifs sociaux de base et aux dispositifs d'aide spécialisés et aider à réaliser effectivement leur accessibilité
2. éviter les problèmes en matière d'intégration sociale et de fonctionnement personnel satisfaisant
3. offrir des solutions aux problèmes des personnes

Dans le domaine Action sociale, Santé publique et Famille, la politique menée est une politique inclusive, cela veut dire que dans le cadre des mesures régulières, une attention particulière est accordée aux divers groupes cibles, notamment aux personnes d'origine étrangère.

Cadre juridique

Au cours de la période 2012-2014, un certain nombre de modifications ont été apportées à la réglementation :

- 25 mai 2012 : modification du décret du 8 mai 2009 relatif à l'aide sociale générale

- 21 juin 2013 : Arrêté du gouvernement flamand relatif à l'aide sociale générale
- 11 décembre 2013 : Arrêté ministériel fixant les indicateurs de résultats et concrétisant les aspects aide des centres d'aide sociale générale et des centres de télé-accueil

La politique de qualité des centres d'aide sociale générale et de télé-accueil est en outre régie par le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale.

Centres d'aide sociale générale (CASG)

En raison notamment du changement dans la réglementation, on a réalisé un certain nombre de fusions dans le secteur. Depuis le 1er janvier 2014, il reste 11 Centres d'aide sociale générale agréés en Flandre et à Bruxelles. Ces centres ont trois missions principales : prévention générale, accueil et accompagnement psychosocial.

Les Centres d'aide sociale générale sont agréés pour une durée indéterminée et reçoivent pour leur fonctionnement une enveloppe de subvention de 65.489,71 euros par équivalent temps plein agréé. Les 11 centres sont agréés ensemble pour un total de 1.348,64 équivalents temps plein, ce qui donne une subvention globale de 88.322.042,51 euros (données 2016 à l'exclusion des ETP aide et services aux détenus).

Centres de télé-accueil

5 centres de télé-accueil sont actifs, agréés ensemble pour 26,71 équivalents temps plein. Ils reçoivent, en plus d'une subvention pour les frais de personnel et de fonctionnement par équivalent temps plein, une subvention par bénévole équivalent temps plein actif dans leur service. L'enveloppe globale de subventions pour 2016 s'élève à 2.475.557,82 euros pour le secteur du télé-accueil.

Les centres de télé-accueil fournissent une aide anonyme par téléphone ou en ligne permettant aux personnes de raconter leur histoire à des bénévoles experts.

Médiation de dettes

Cadre juridique

Décret du 24 juillet 1996 réglant l'agrément et le subventionnement des institutions de médiation de dettes et le subventionnement d'un "Vlaams Centrum Schuldenlast"

Arrêté du gouvernement flamand du 25 mars 1997 portant exécution du décret du 24 juillet 1996 réglant l'agrément et le subventionnement des institutions de médiation de dettes et le subventionnement d'un " Vlaams Centrum Schuldenlast "

En outre, la politique de qualité est notamment régie par le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale.

Explication

La Flandre compte 322 organismes agréés pour la médiation de dettes (CPAS, CASG ou association de CPAS). A côté de cela, un certain nombre de groupes professionnels, comme des avocats, des notaires, sont agréés pour faire de la médiation de dettes mais ils ne relèvent pas de la réglementation flamande.

Cohésion sociale (samenlevingsopbouw)

Cadre juridique :

Décret relatif à l'agrément des initiatives de cohésion sociale et à l'octroi de subventions à ces initiatives (26/6/1991)

Arrêté du gouvernement flamand exécutant le décret du 26 juin 1991 portant agrément et subventionnement des initiatives de cohésion sociale

Nouveau depuis le 17 juillet 2014: Arrêté ministériel fixant les indicateurs de résultats et concrétisant les aspects aide des instituts régionaux de cohésion sociale. L'objectif est de mesurer la qualité plus au niveau des résultats.

Enveloppe de subventions pour la cohésion sociale en 2016:

Rimo Limbourg = 1.680.427,33 euros

Riso Brabant flamand = 1.297.510, 45 euros

Cohésion sociale Flandre occidentale = 1.064.992,57 euros

Cohésion sociale Flandre orientale = 961.638,25 euros

Cohésion sociale Gand = 864.906,63 euros

Cohésion sociale province d'Anvers = 752.797,99 euros

Cohésion sociale ville d'Anvers = 1.956.591,79 euros

Cohésion sociale Bruxelles = 1.201. 034,15 euros;

Cohésion sociale Flandre = 874.549,48 euros

Les barèmes pour les membres du personnel des instituts sont fixés par le conseil d'administration en concordance avec les conventions collectives de travail du secteur.

Contribution de l'Agence flamande pour les personnes handicapées (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap – VAPH) actualisation du texte du précédent rapport de la Belgique (7^e rapport, 2008-2011), pages 152-157

En Flandre, l'organisation de l'offre de soins aux personnes handicapées a complètement changé depuis le dernier rapport rédigé dans le cadre de la Charte sociale européenne révisée.

L'Agence flamande pour les personnes handicapées (*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap – VAPH*) propose toujours un grand nombre de possibilités pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de soins mais, depuis peu, d'une manière beaucoup plus flexible et plus adaptée au demandeur.

On parle aujourd'hui de "prestataires de soins" et plus de "structures et services agréés". Jusque récemment, des structures et services étaient agréés pour offrir un certain type de soutien. Ce soutien a été classé en types ou catégories de structures de soins classiques comme les (semi-) internats, les foyers pour travailleurs et personnes non actives, les centres de jour, le

logement encadré, les habitations protégées, etc. Toutes ces structures pour mineurs et majeurs ont été transformées ces dernières années en **Offre flexible pour majeurs (Flexibel Aanbod Meerderjarigen - FAM)** d'une part et, d'autre part, en **Centres multiservices (Multifunctionele Centra - MFC)** pour les mineurs.

Les structures FAM et MFC permettent d'apporter aux personnes handicapées un soutien davantage adapté à leurs besoins. Grâce à ces structures, le demandeur et le prestataire de soins disposent davantage de marge pour négocier le soutien que les personnes handicapées elles-mêmes souhaitent et où et quand ce soutien sera apporté. En effet, les combinaisons possibles sont plus nombreuses et passer d'une forme à l'autre de soutien est plus facile qu'avant. Outre des possibilités de soutien plus nombreuses et flexibles, on peut par exemple davantage déterminer où et comment on souhaite être logé, en se chargeant soi-même de ses propres frais d'hébergement et d'entretien. Ce faisant, on respecte les dispositions de l'article 19 du Traité des Nations Unies relatif au droit de résider de façon autonome.

La transition des structures de soins classiques à des formes d'organisation plus flexibles est nécessaire pour passer à un système de Financement (du suivi de la personne)/suivant la personne ? (*Persoonsvolgende Financiering - PVF*). Dès 2016, la Flandre ira encore plus loin: ce n'est plus le prestataire de soins qui est financé, mais ce sont les personnes handicapées elles-mêmes qui reçoivent un certain budget pour payer le soutien de leur choix. On trouvera dans cette brochure un aperçu de toutes les formes de soutien que propose la VAPH.

Ci-après, nous établirons la **distinction entre l'aide directement accessible et celle qui ne l'est pas**. L'aide directement accessible est une forme de soutien limité, spécifique au handicap, et pour laquelle aucune approbation de l'Agence n'est requise. En revanche, pour recourir à un soutien intensif, que l'on appelle "aide non directement accessible", obtenir l'aval de l'Agence est nécessaire. L'Agence flamande pour les personnes handicapées prévoit également des interventions financières pour les dispositifs d'aide ou les aménagements de l'habitation qui permettent aux personnes handicapées de vivre plus longtemps chez elles. La demande d'un budget d'assistance personnelle (BAP) faisait toujours partie des possibilités ces dernières années. Nous ne nous concentrerons néanmoins pas sur ces éléments dans cette partie du texte.

Tout d'abord: pour donner aux personnes handicapées un aperçu de l'offre de soins disponible et pour les aider à faire le(s) bon(s) choix, on a créé **les Services Plan de soutien (Diensten Ondersteuningsplan - DOP)**. Un Service Plan de soutien s'enquiert des souhaits des personnes handicapées quant à leur avenir et en fonction de leurs possibilités, limites et besoins en termes de soutien. En fonction des réponses, on établit un plan de soutien. Ce plan fournit un aperçu des différentes possibilités au sein du propre réseau, des possibilités au sein des services généraux de bien-être et de santé, comme l'aide et les soins infirmiers à domicile, ainsi que les possibilités dans le cadre du soutien spécifique au handicap de la VAPH. Un accompagnement par un Service Plan de soutien dure au maximum 12 mois. Un Service Plan de soutien offre en moyenne 12 accompagnements.

L'Agence flamande pour les personnes handicapées reconnaît trois formes d'aide directement accessible:

1. ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement prend la forme d'entretiens individuels. Chaque entretien dure une à deux heures. Cet entretien peut avoir lieu chez la personne handicapée ou chez un prestataire de soins. Les entretiens avec un accompagnateur individuel peuvent porter sur: l'organisation du ménage, le

budget, l'administration, la situation professionnelle, l'autonomie dans la vie quotidienne, les relations, l'éducation des enfants.

Quand il s'agit d'enfants, ce soutien est plutôt axé sur le développement de l'enfant et le soutien pédagogique et psychosocial apporté par le(s) parent(s). En début d'accompagnement, on a souvent besoin d'un soutien intensif. C'est pourquoi, pendant les deux premières années, on peut bénéficier d'un maximum de 48 accompagnements. Après les deux premières années, le maximum d'accompagnements par an s'élève encore à 12.

2. ACCUEIL DE JOUR

En journée, un prestataire de soins de la VAPH veille à ce que la personne handicapée occupe sa journée de façon constructive: cuisine, activités créatives, entraînement à l'autonomie ou à la socialisation, etc. Recourir à l'accueil de jour est possible en semaine ainsi que le week-end. Des demi-journées sont également autorisées. On peut bénéficier d'un maximum de 24 journées complètes ou de 48 demi-journées d'accueil de jour au cours d'une année.

3. SÉJOUR

Il arrive parfois qu'une personne handicapée ne puisse être accueillie chez elle. Dans ce cas, il est possible de passer la nuit dans une structure de l'Agence. Recourir à cette possibilité est possible en semaine comme le week-end. On peut passer un maximum de 12 nuits dans une structure chaque année.

Cependant, il faut au moins une présomption de handicap pour prétendre à bénéficier des formes de soins susmentionnées.

Pour recourir à l'aide non directement accessible, l'aval de la VAPH est nécessaire. En ce qui concerne **l'aide non directement accessible**, une distinction est établie entre les possibilités pour les mineurs et celles destinées aux majeurs.

ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE DES MINEURS

Lorsque l'on s'occupe soi-même des soins de son enfant handicapé, un service d'accompagnement à domicile peut proposer un soutien pédagogique et psychologique. Cet accompagnement est axé autour du développement de l'enfant et du soutien des parents dans les situations d'éducation quotidiennes. L'acceptation du handicap et l'avenir de l'enfant sont au centre de cet accompagnement. Celui-ci a lieu à domicile, chez le prestataire de soins ou à un autre endroit choisi et consiste en des entretiens et des séances de groupe.

Si un nombre limité d'accompagnements par an suffit, il est possible de contacter directement le service d'accompagnement à domicile. Il n'est alors pas nécessaire d'entamer une procédure de demande auprès de la "porte d'entrée intersectorielle" pour l'accompagnement des mineurs.

CENTRE MULTISERVICES (MFC) POUR MINEURS

Les Centres multiservices (MFC) s'adressent aux personnes handicapées jusqu'à 21 ans inclus (avec prolongation exceptionnelle jusqu'à 25 ans inclus) qui ont besoin d'un soutien spécifique. Pour ce faire, une décision de l'aide à la jeunesse de la porte d'entrée intersectorielle est requise. Les MFC proposent plusieurs formes de soutien:

Accompagnement

L'accompagnement de la famille et le contexte plus large sont très importants dans chaque parcours d'accompagnement de mineurs handicapés. Si les parents s'occupent eux-mêmes de leur enfant handicapé, un soutien pédagogique et psychosocial par le biais de l'accompagnement peut s'avérer utile. Cette offre peut également apporter un complément important aux jeunes qui se voient proposer un accueil de jour, un diagnostic ou un séjour. Quand il s'agit d'enfants, ce soutien est plutôt axé sur le développement de l'enfant et le soutien pédagogique et psychosocial apporté par le(s) parent(s). L'acceptation du handicap et l'avenir de l'enfant sont au centre de cet accompagnement. L'accompagnement a lieu à domicile ou à un endroit convenu et consiste en des entretiens individuels et des séances de groupe.

Accueil de jour

Les Centres multiservices offrent deux types d'accueil de jour:

- un accueil de jour en complément de l'école, dans lequel l'enfant handicapé va à l'école et bénéficie d'un accompagnement du MFC avant, pendant et après les heures de cours;
- un accueil de jour en remplacement de l'école, dans lequel le MFC propose à l'enfant un programme alternatif pendant les heures de cours. Ces types d'accueil sont accessibles tant aux enfants ou jeunes qui sont exemptés d'obligation scolaire, qu'à ceux qui ne peuvent provisoirement plus aller à l'école. À cet égard, on collabore bien évidemment au maximum avec l'établissement d'enseignement.

Durant cet accueil de jour, l'enfant handicapé peut également recourir à diverses formes de traitement et d'exercices (kinésithérapie, logopédie, ergothérapie, autonomisation, structuration, etc.).

Séjour

Dans un Centre multiservices, l'enfant ou le jeune handicapé peut passer la nuit dans un environnement adapté à ses besoins. Cette solution est généralement combinée avec l'accueil de jour dans le Centre multiservices ou ailleurs. L'enfant ou le jeune peut y rester 7 jours sur 7 ou pas, en fonction de la demande et de la nécessité du soutien. Un séjour en période de vacances est également possible.

Diagnostic

Si la nature exacte du handicap de l'enfant ou du jeune n'est pas (encore) connue, ou si l'on hésite encore quant au type de soutien le plus adapté, on peut faire appel à certains centres multiservices disposant d'une fonction de diagnostic. Ce diagnostic était auparavant posé par les Centres d'observation et de traitement (*Observatie en behandelingscentra - OBC*). Ceux-ci s'adressent surtout aux enfants et jeunes affectés de troubles comportementaux et émotionnels complexes, associés ou non à un handicap mental. Au terme d'une observation intensive, le MFC pose un diagnostic et entame le traitement. L'enfant/Le jeune est alors orienté vers le prestataire de soins le plus adapté pour un soutien plus approfondi.

ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE DES MAJEURS

Les personnes adultes handicapées vivant seules (ou avec leur partenaire) ayant besoin d'un soutien limité peuvent également bénéficier d'un accompagnement à domicile pour adultes. Lorsque l'on s'occupe soi-même des soins d'un enfant handicapé adulte, un service d'accompagnement à domicile peut proposer un soutien pédagogique et psychologique. L'accompagnement est alors orienté sur

l'acquisition d'autonomie par l'enfant handicapé et sur le soutien aux parents dans les situations de la vie quotidienne. L'acceptation du handicap et l'avenir de l'enfant adulte sont au centre de cet accompagnement. L'accompagnement a lieu à domicile, chez le prestataire de soins ou à un autre endroit choisi et consiste en des entretiens et des séances de groupe.

OFFRE FLEXIBLE POUR MAJEURS (FAM)

L'offre flexible pour majeurs s'adresse aux personnes handicapées adultes, à partir de 18 ans, qui ont besoin d'un soutien et ont reçu pour ce faire une approbation spécifique de l'Agence flamande pour les personnes handicapées.

Accompagnement individuel

Le soutien individuel est prévu pour les personnes autonomes, vivant seules ou avec leur famille. Le type de soutien nécessaire peut varier d'une personne à l'autre. A-t-on besoin d'organiser des activités (quotidiennes) ou souhaite-t-on un avis sur des relations ou l'éducation des enfants? Le soutien apporté pour de telles activités est appelé "accompagnement psychosocial". Il est également possible de travailler, avec un accompagnement, dans une structure sociale ou une organisation culturelle, chez un particulier ou dans une entreprise. À cet égard, la personne ne reçoit ni rémunération, ni contrat de travail, mais elle occupe sa journée de façon constructive. On peut décider avec le prestataire de soins que l'accompagnateur continue à venir pour l'accompagnement ou que certaines choses soient réglées par téléphone. La personne qui a besoin d'une aide pratique pour des activités comme s'habiller, préparer les repas, se déplacer ou atteindre des objets peut également s'adresser à un prestataire de soins. L'assistant se rend au domicile pour aider la personne dans ses activités quotidiennes. Il est également possible de souscrire à un système d'appel dans lequel le prestataire de soins garantit que quelqu'un viendra rapidement chez la personne pour apporter son aide. Il s'agit de la "permanence appelable". Si la personne a besoin tant d'une aide pratique que d'un accompagnement, l'accompagnateur peut l'aider à organiser un certain nombre de tâches, mais il peut également prendre en charge plusieurs tâches pratiques. Les prestataires de soins parlent d'"accompagnement individuel global".

Accompagnement de jour

Si la personne est prise en charge durant la journée en groupe ou effectue des activités avec un groupe, il s'agit d'"accompagnement de jour". Il n'est pas toujours nécessaire d'être présent toute la journée. Il est possible de convenir avec le prestataire de soins de ne venir que la matinée ou l'après-midi, par exemple.

Accompagnement au logement

Si la personne handicapée passe la nuit chez le prestataire de soins ou séjourne dans un logement de groupe du prestataire de soins, il s'agit d'"accompagnement au logement". L'assistance dont la personne a besoin le soir avant de se coucher et le lendemain matin est comprise.

La plupart du temps, ce sera dans un foyer ou un logement de groupe à petite échelle. Le prestataire de soins veille à l'accompagnement et l'aide pratique et, si nécessaire, à garantir un système de permanence par le biais duquel on peut demander de l'aide. Les différentes formes de soutien de l'offre flexible pour majeurs peuvent être combinées entre elles. Le type d'accompagnement qui peut réellement être fourni dépend cependant de plusieurs facteurs. Le prestataire de soins peut-il donner suite à la demande? Pour quel type d'accompagnement la VAPH a-t-elle donné son approbation? Existe-t-il des listes d'attente pour bénéficier de certains types d'accompagnement?

Combinaisons possibles

Dans un Centre multiservices (MFC), les fonctions de soutien peuvent être combinées. Il est également possible de faire appel, en plus, à des structures d'autres secteurs. Il est parfois recommandé qu'un jeune soit temporairement accompagné tant par un MFC que par une "offre flexible pour majeurs" (FAM), pour faciliter le passage d'un accompagnement pour mineurs à un soutien pour adultes.

On ne peut par contre pas combiner en même temps un MFC et une FAM avec une aide directement accessible (RTH). En revanche, une combinaison avec un soutien fourni par un service d'accompagnement à domicile est possible s'il est complémentaire à l'offre de la FAM ou du MFC. L'assistance fournie par la FAM et le MFC peut, dans certains cas, être combinée avec un budget d'assistance personnelle (PAB). Dans ce cas, le PAB sera adapté. Une combinaison avec des soins d'accueil est également possible.

Néanmoins, il faut garder à l'esprit que tous les souhaits de combinaisons d'accompagnement et d'accueil ne sont pas toujours réalisables. Les listes d'attente pour certains types d'accompagnement et d'accueil sont considérables. C'est pourquoi les prestataires de soins donnent la priorité aux demandes les plus pressantes.

Chiffres fournis par l'Agence flamande pour les personnes handicapées concernant le nombre d'utilisateurs par type de soin et d'accompagnement décrit:

Tableau 2 – Personnes enregistrées dans le registre des clients en chiffres absolus

Services Plan de soutien	ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
Nombre total de personnes enregistrées	398	165	270	183	183	1.199

Aide directement accessible	ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
Nombre total de personnes enregistrées	2.646	835	1.056	977	1.241	6.755

Accompagnement à domicile	ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
Nombre total de personnes enregistrées	2.095	1.026	1.366	1.576	2.193	8.256

Centres multiservices		ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
Nombre de personnes handicapées uniques MFC		2.511	1.460	2.353	1.425	2.492	10.241
Personnes enregistrées par fonction de soutien	séjour	1.548	1.108	1.791	1.183	1.580	7.210
	accueil de jour	2.035	1.390	2.287	1.346	2.322	9.380
	occupation de la journée	904	715	1.041	690	701	4.051
	assistance de vie journalière	110	162	78	96	175	621
	diagnostic ambulatoire	11	0	34	21	0	66
	diagnostic mobile	8	0	1	27	0	36
	accompagnement psychosocial	912	811	1.322	877	1.225	5.147

Offre flexible pour majeurs (FAM)		ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
Nombre de personnes handicapées uniques FAM		6.334	3.209	5.051	3.957	4.848	23.399
Personnes enregistrées par fonction de soutien	Accompagnement au logement	3.759	2.146	3.296	2.383	3.302	14.900
	Accompagnement de jour	5.026	2.727	4.196	2.985	4.190	19.124
	Nombre d'heures d'accompagnement psychosocial individuel	2.398	1.022	1.718	1.794	1.444	8.376
	Nombre d'heures d'aide pratique individuelle	663	199	566	352	255	2.035
	Nombre d'heures d'accompagnement individuel global	1.077	360	1.013	616	1.073	4.139
	Nombre d'heures d'accompagnement de groupe	644	171	398	306	372	1.891

Situations d'urgence		ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
Situation d'urgence au sein de la capacité reconnue	Occupation	1	0	3	0	0	4
	Personnes non actives chez elles : nursing	1	0	0	0	0	1
	Personnes actives chez elles	1	0	0	0	0	1
	Total	3	0	3	0	0	6
Situation d'urgence avec moyens complémentaires de situation d'urgence	Ambulatoire	2	0	10	9	3	24
	Occupation de la journée	1	0	0	4	1	6
	Accompagnement au logement	10	3	3	5	7	28
	Accompagnement de jour et au logement	23	15	10	18	11	77
	Soutien et accompagnement au logement	0	1	0	0	0	1
	Soutien et accompagnement de jour	1	0	1	0	0	2
	Soutien et accompagnement de jour et au logement	1	0	1	1	9	12
Total	38	19	25	37	31	150	
Total des situations d'urgence pour la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015		41	19	28	37	31	156

Conventions suivant la personne		ANV	LIM	FOR	BFL	FOC	Total
- de 21 ans	Accompagnement ambulatoire	0	1	3	1	2	7
	Occupation de la journée	8	5	5	4	4	26
	Accompagnement au logement	8	5	5	2	4	24
	Nombre total de moins de 21 ans uniques enregistrés	9	5	7	5	5	31
+ de 21 ans	Accompagnement ambulatoire	46	24	32	33	16	151
	Occupation de la journée	135	77	89	102	66	469
	Accompagnement au logement	177	78	90	91	75	511
	Nombre total de plus de 21 ans uniques enregistrés	239	97	115	150	92	693

1.1.2. Fédération Wallonie - Bruxelles

Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

→ Description des services disponibles en Wallonie qui prodiguent des conseils et de l'aide personnelle + données chiffrées des ressources adéquates :

En vertu du chapitre IV de la Loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, les missions d'aide sociale des CPAS relèvent de l'Etat fédéral. Les réponses y afférentes relèvent donc de sa responsabilité.

Par contre, pour ce qui concerne l'assistance sociale et médicale, la Wallonie agréée différents services compétents pour assurer une aide sociale et/ou médicale :

Ces services sont accessibles à tous, sans discrimination.

Action sociale :

- Services de médiation de dettes
- Maisons d'accueil
- Centres de service social
- Relais sociaux
- Services d'insertion sociale
- Services d'aide familiale

Médical :

- Services de santé mentale
- Relais santé
- Maisons médicales
- Centres de planning

Services de médiation de dettes

Depuis l'adoption du décret du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes, la Wallonie a développé et soutenu une politique dynamique de prévention et de lutte contre le surendettement articulée autour de 3 dispositifs 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,
- Quatre centres de références en médiation de dettes chargés d'appuyer les institutions de médiation de dettes agréées et d'assurer des formations et la prévention,
- et des services de médiation de dettes agréées 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.

A côté des trois dispositifs décrits ci-dessus, le Crédit social accompagné organise l'octroi de crédits (de 300 à 10.000€) pour la réalisation d'un projet de vie ou pour améliorer le quotidien des

personnes à faibles revenus, et accompagnement social. L'ASBL Osiris-Credal a été sélectionnée à l'issue d'un marché public pour la période 2013 à 2016, et la Wallonie se porte garante des crédits défaillants.

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/>).

En 2013, un décret et un arrêté ont introduit une réforme de la législation dans le but de renforcer l'expertise des services ainsi que la qualité des services rendus.

Le nombre de services agréés est d'environ 200 en 2016.

	2012	2013	2014	2015
Nombre de dossiers traités	19.825	19.873	19.660	19.713

Maisons d'accueil

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.

Nombre de services agréés : 57

Nombre des nuitées pour les années :

Type	2012	2013	2014	2015
Maisons d'accueil	490248	492723	483864	451707 (données partielles)

Centres de service social

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 services agréés : 27

Nombre de dossiers traités :

	2012	2013	2014	2015
Centres de service social	122629 (données partielles)	101308 (données partielles)	116793	124182

Relais sociaux

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. Depuis 2013, les relais sociaux urbains doivent organiser un dispositif spécifique pour la prise en charge des personnes sans-abri durant la période hivernale appelé plan grand froid.

Nombre de services agréés : 7

Nombre de nuitées renseignées :

	2012	2013	2014	2015
Abris de nuit	46707 (données partielles)	43212 (données partielles)	55566	55829

Services d'insertion sociale

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 services agréés : 82 (31 ASBL et 51 CPAS)

Nombre de personnes aux ateliers :

	2012	2013	2014	2015
Services d'insertion sociale	3712	3546	4167	

1.1.3. Communauté germanophone

Une mise à jour n'est pas nécessaire étant donné que les questions spécifiques y répondent. (cf. Organisation des services, ci-dessous).

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Entités fédérées

2.1.1. Autorité Flamande

Centres d'aide

Accès égal et effectif

Les centres d'action sociale générale sont accessibles à la population au sens large mais dans leur fonctionnement, ils doivent être particulièrement attentifs à toucher les groupes vulnérables.

Les chiffres définitifs quant à la portée effective des centres ne sont pas encore disponibles. Mais les chiffres provisoires suivants donnent déjà une indication du fonctionnement en 2015 :

- au sein de l'accueil des CASG, 90.762 clients ont été vus;
- 27.350 clients ont été accompagnés par le CASG.

L'aide fournie par les Centres d'aide sociale générale est gratuite; pour un certain nombre d'aspects de fonctionnement, il est possible que les coûts exposés fassent l'objet d'une indemnisation (en cas d'accueil résidentiel, par exemple).

Qualité des services

L'autorité flamande n'impose pas d'exigences de diplômes aux centres. Mais il va de soi que la formation du personnel et des bénévoles constitue un point d'attention dans le cadre de la politique de qualité des centres.

Le traitement des plaintes en première ligne est assuré par les structures de bien-être elles-mêmes. Le traitement des plaintes en deuxième ligne pour les CASG se fait au niveau du service de médiation flamand.

Centres de télé-accueil

Accès égal et effectif

Des chiffres définitifs quant à la portée et le fonctionnement des centres de télé-accueil ne sont pas non plus disponibles pour le moment. Mais les chiffres provisoires suivants donnent déjà une indication du fonctionnement en 2015 :

- Dans les 5 centres, 599 bénévoles ont été actifs pour un total de 121.209 heures;
- Ils ont assuré ensemble 73.033 heures de permanence téléphonique et 7.506 heures de permanence en ligne;
- Pendant ces permanences, il y a eu 74.745 appels téléphoniques avec conversation et 6.874 appels en ligne avec conversation;

L'aide fournie par les centres de télé-accueil est gratuite.

Qualité des services

L'autorité flamande n'impose pas d'exigences de diplômes aux centres. Mais il va de soi que la formation du personnel et des bénévoles constitue un point d'attention dans le cadre de la politique de qualité des centres et ceci est notamment suivi via les indicateurs de résultats.

Le traitement des plaintes en première ligne est assuré par les structures elles-mêmes. Les plaintes en deuxième ligne pour les centres de télé-accueil sont traitées par le responsable du traitement des plaintes de l'autorité flamande, département action sociale, santé publique et famille.

Médiation de dettes

Accès égal et effectif

Après des 322 organismes agréés par la Flandre, il y a eu 61.820 familles en accompagnement en 2014. Cet accompagnement peut consister en un accompagnement sur le plan budgétaire, de la gestion budgétaire, de la médiation de dettes ou de la désignation dans la procédure de règlement collectif de dettes. En 2014, 92.276 modules d'aide ont été mis en place :

- Accompagnement sur le plan budgétaire : 15.030
- Gestion de budget : 37.830
- Médiation de dettes : 35.300
- Désignation RCD : 4.116

Qualité des services

Pour être agréé, l'organisme doit occuper un assistant social ayant une formation spécialisée ou une expérience professionnelle utile d'au moins 3 ans et doit occuper lui-même un docteur ou un licencié en droit ayant cette formation ou cette expérience professionnelle ou avoir conclu un contrat soit avec un docteur ou un licencié en droit qui répond au moins à une de ces conditions soit avec un ordre d'avocats auprès d'un barreau.

Les organismes individuels sont agréés mais pas subventionnés par l'autorité flamande. Les 11 groupements d'organismes agréés pour la médiation - qui couvrent le territoire - et le Vlaams Centrum Schuldenlast reçoivent une subvention. En 2016, les 11 groupements sont subventionnés à hauteur de 1.244.000 euros, le VCS à concurrence de 369.000 euros.

La médiation de dettes en tant que telle est gratuite. Dans les cas à déterminer par le gouvernement flamand, les coûts liés à la procédure de médiation de dettes peuvent être imputés au débiteur.

Le traitement des plaintes en première ligne est assuré par les structures elles-mêmes. Les plaintes en deuxième ligne sont traitées par le responsable du traitement des plaintes de l'autorité flamande, département action sociale, santé publique et famille.

Cohésion sociale

Accès égal et effectif

Les instituts sont accessibles à tous. Ils traitent les situations de traitement sociétal moins favorable et d'exclusion sociale. Ils organisent les groupes vulnérables sur le plan sociétal. Le décret stipule que dans leur fonctionnement et leur structure, ils doivent être ouverts aux différents groupes dans la société et ce sans distinction de nature politique, philosophique ou idéologique.

Qualité des services

Ils mènent une politique de qualité conformément aux dispositions du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale et en fonction de leurs missions spécifiques.

L'institut développe un cadre de référence écrit pour les comportements abusifs à l'égard des usagers.

En outre, l'administration contrôle la qualité au moyen d'inspections. Si les instituts ne collaborent pas à ce contrôle, l'agrément peut être retiré.

Une des activités de l'Institut flamand de cohésion sociale est de 'donner des formations et des formations complémentaires aux travailleurs, aux dirigeants et aux bénévoles'. Cela concerne aussi les personnes travaillant dans les instituts régionaux.

L'administration tient à jour le nombre de ETP actifs dans les instituts ainsi que leur répartition entre les différents domaines d'activité : services sociaux, travail, enseignement, logement, santé, épanouissement culturel et sociétal et mobilisation dans les zones d'intérêt.

Complément du domaine flamand Chancellerie et administration (KB) - sous l'angle de l'intégration et de l'intégration civique - par rapport à la contribution du domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG)

"En vertu du décret d'intégration du 7 juin 2013, les gens du voyage sont un groupe cible particulier de la politique d'intégration. Au départ de la compétence horizontale en matière de politique d'intégration, le ministre de l'intégration civique veut, en concertation avec les départements concernés et le forum des minorités, dresser un état de la situation, détecter les points noirs et chercher, si nécessaire, des solutions pour les gens du voyage, là où des problèmes se posent en termes de participation et d'accès au service social."

Contribution du domaine flamand Chancellerie et administration (KB) - au départ de la perspective d'intégration et d'intégration civique

L'autorité flamande vise une participation équilibrée des personnes d'origine étrangère dans tous les domaines de notre société. Avec le Plan horizontal en matière de politique d'intégration, le gouvernement flamand veut, en collaboration avec tous les domaines et de manière transversale pour tous les domaines, donner forme à une politique qui réponde de manière constructive aux défis et dynamiques liés à la migration. La migration doit être considérée comme un défi positif et un enrichissement sans nier les difficultés qu'elle peut générer.

La position sociale des personnes d'origine étrangère est, dans bien des domaines, moins bonne que la position des personnes d'origine belge. Cet écart dû à l'origine n'est pas facile à expliquer. Souvent, il s'explique par une combinaison de facteurs. C'est pourquoi, il importe que chaque domaine s'attaque à cet écart dû à l'origine. Réduire cet écart est l'objectif primaire de ce plan.

La Commission politique d'intégration a la mission décréte d'élaborer un projet de Plan horizontal en matière de politique d'intégration. En juillet 2015, le cadre d'objectifs de ce Plan horizontal en matière de politique d'intégration a été fixé par le gouvernement flamand.

Contribution du domaine flamand Chancellerie et administration (KB) - au départ de la perspective d'égalité des chances

Remarque : Au sujet de la lutte contre la discrimination, on peut citer le décret flamand en matière d'égalité des chances et de non-discrimination mais le décret existe depuis 2008 et a déjà été repris dans de précédents rapports.

2.1.2. En Fédération Wallonie-Bruxelles

La sixième réforme de l'Etat, les Accords de la Sainte Emilie, ont conféré à la Région wallonne des compétences supplémentaires en matière de Santé et d'Aide aux personnes.

La Région wallonne dispose donc aujourd'hui de leviers importants comme la promotion de la santé, la prévention, la coordination, la première ligne de soins, l'aide aux personnes handicapées, âgées ou pâtissant de problèmes de santé mentale, ...les normes qualitatives et le financement des infrastructures, de l'équipement et du mobilier des services sociaux et hospitaliers.

Le 2 décembre 2015, le Parlement de Wallonie a voté le décret visant à la création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

Depuis le 1er janvier 2016, il incombe à l'AViQ (Agence wallonne pour une vie de qualité⁹) d'assurer une transversalité et une efficacité optimales de missions qui seront rationalisées au départ d'une mosaïque actuelle de services sociaux et hospitaliers ou nouvellement créée en réponse aux attentes des populations les plus vulnérables, dans le respect de leurs droits fondamentaux.

Un état des lieux de l'existant de ces services sociaux (sens large) du secteur HANDICAP sur base des réalisations en 2014 et la Tarification éventuelle des services offerts ; des données figurent dans ce rapport. affiche les données reprises à l'Annexe 'branche HANDICAP Etat des lieux'.

En raison de cette importante mutation institutionnelle, qui vient d'intervenir et qui va modifier complètement le paysage des dispositifs wallons de l'action sociale et de la santé, il paraît tout-à-fait indiqué, pour cette contribution de l'AViQ au rapport national, sur les articles de la CSE relatifs à la santé, la sécurité sociale et la protection sociale, de partir de cet existant.

Il est une autre préoccupation que le Comité Européen des Droits sociaux (CEDS) a émise dans ses conclusions en janvier 2013 qui porte sur l'accès égal et effectif des publics concernés aux services sociaux et aux moyens dont disposent les usagers, en cas de contestation, pour faire valoir leurs griefs.

Ces moyens sont présentés, selon leur existence actuelle pour le secteur HANDICAP, à l'Annexe 'branche HANDICAP Consultations et Plaintes'.

Le CEDS rappelle, en outre, sa décision sur le bien-fondé du 18 mars 2013 de la Réclamation collective n° 75/2011, Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme (FIDH) c. Belgique et la violation de l'Article 14 § 1 à laquelle il a conclu notamment en raison des obstacles à l'accès égal et effectif des personnes handicapées adultes en situation de grande dépendance aux services sociaux qui leur sont appropriés. Des dispositions ont été prises par la Région wallonne (dispositions

⁹ <http://www.wallonie.be/fr/actualites/creation-de-laviq-lagence-pour-une-vie-de-qualite>

dont les effets seront progressivement démultipliés vu la transversalité instaurée par l'avènement de l'AViQ).

Concernant le manque de places pour personnes souffrant de grande dépendance :

La Région wallonne démontre sa volonté de diversification et de flexibilité de l'offre dans les services sociaux (voir ce qui précède) mais elle a également créé spécifiquement

1. Un premier plan « grande dépendance » a été adopté par le Gouvernement wallon en mai 2013 avec un budget de 4,5 millions d'euros dégagé en 2014 : en voici l'affectation :

Plan Grande Dépendance	Montant
Cas prioritaires	1 700 000
Agrément SAJA de l'ASBL « Au détour du possible » pour 4 places	180 000
SAPS	220 000
BAP	750 000
Support AHM et Après parents	200 000
Services d'accompagnement	600 000
Activités citoyennes	400 000
Services organisant du répit	450 000
TOTAL	4 500 000

Les axes à prioriser dans le secteur du handicap dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau plan Grande Dépendance ou de la mise en place d'actions en faveur de ces publics a été transmis, à sa demande, au Ministre de tutelle par l'AWIPH en février 2014. C'est grâce à cela notamment, que des moyens financiers additionnels ont été dégagés par le Ministre au cours de l'année 2015 (2.300.000 €) pour la résolution de nouvelles situations de cas prioritaires en situation d'urgence.

2. Une cellule « personnes en situation d'urgence » ou « cas prioritaires » intervient spécifiquement au cas par cas : pages 25 et 50 du [Rapport d'activités 2014 de l'AWIPH](#) ;
3. Dans le domaine de la santé mentale, 7 cellules mobiles d'intervention (CMI) créées en 2009 avec le Service public fédéral santé publique ont agi pour le handicap psycho-social, les graves troubles du comportement ... et une convention entre le Centre régional psychiatrique et établissement de défense sociale « Les Marronniers » et l'AWIPH : pages 52 et 61 du [Rapport d'activités 2014 de l'AWIPH](#) ;
4. Une approche spécifique de la cérébrolésion : page 63 du [Rapport d'activités 2014 de l'AWIPH](#).
5. **Mesures légales prises:**

[Arrêté du Gouvernement wallon du 24 octobre 2013 modifiant certaines dispositions du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, Deuxième partie, Livre V, Titre XII, relatives à l'autorisation de prise en charge de personnes handicapées et aux services organisant des activités pour personnes handicapées](#)

Cet arrêté fut justifié par le fait qu'il est important de donner rapidement un cadre réglementaire et de pouvoir ainsi fixer les montants des subventions pour les services fonctionnant sous le couvert de

l'autorisation de prise en charge acceptant d'héberger ou d'accueillir des personnes handicapées prioritaires en situation d'urgence placées par l'AWIPH ainsi que pour les services organisant des activités pour personnes handicapées acceptant de prendre en charge des personnes handicapées prioritaires en situation d'urgence placées par l'AWIPH.

[Arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2014 modifiant le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé et l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, en ce qui concerne les normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins](#)

2.1.3. Communauté germanophone

Accès égal et effectif

Le décret du 25 janvier 2016 prévoit une extension du domaine de compétence de l'Ombudsmann de la CG. Outre les autorités administratives de la CG, il est désormais compétent pour les communes de la CG ainsi que pour les organisations ayant une tâche qui est dans l'intérêt public.

En cas de contestation relative au fonctionnement de travail, l'Ombudsmann joue un rôle d'intermédiaire indépendant entre le service et le client. Il veillera, entre autres, au respect de la convention relative au droit d'enfants, la convention des personnes handicapées et les lignes directrices relatives à l'égalité de chances.

Qualité des services

Entre 2011 et 2014, un audit comprenant les étapes suivantes a été réalisé au sein de l'Office pour Personnes handicapées:

- description de la situation existante
- analyse de la situation existante
- formulation de recommandations
- mise en œuvre de recommandations.

Résultats concrets de la mise en œuvre

- structuration et documentation des tâches principales et procédures partielles de l'Office pour Personnes handicapées et attribution des responsabilités
- précision et actualisation des missions de la «commission d'évaluation» et changement de nom de cette commission en «organe consultatif spécialisé» étant donné que cette dénomination reflète mieux ses missions.
- description de tous les services fournis par l'Office pour Personnes handicapées dans un document unifié
- mise au point d'un guide comprenant une procédure d'application générale pour l'élaboration, la mise en œuvre et le bilan de conventions de prestation entre l'Office pour Personnes handicapées et les pouvoirs organisateurs des institutions et prestataires de services pour personnes handicapées

- mise au point d'un guide comprenant une procédure d'application générale pour la gestion des réclamations au sein de l'Office pour Personnes handicapées.

Organisation des services sociaux

Organisation des services :

CPAS : Chaque commune du Royaume est desservie par un CPAS (centre public d'action sociale). Le CPAS a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Il encourage la participation sociale des usagers. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique. A cet effet, la CPAS organise des consultations et des rendez-vous.

DPB : Les personnes ayant un handicap doivent se voir assurée une qualité de vie raisonnable en ce compris leur environnement de vie. Le DPB encourage toute forme d'autonomie et l'autodétermination des personnes handicapées et ce dans les domaines suivants: le travail, le logement, les loisirs et la sexualité;

Fonds pour l'apurement des dettes : Le fonds est destiné à couvrir les dépenses liées à l'endettement des personnes ou des ménages, et à garantir la couverture des prêts qui ont été accordés au titre du crédit d'accompagnement social.

Carrefours sociaux : Ces carrefours sont des lieux de rencontre reconnus qui visent à faciliter la participation de tous, à la vie économique, politique, social et culturelle, à promouvoir les connaissances, l'échange d'expérience et la citoyenneté active. Le public cible spécifique sont des gens qui vivent dans la zone d'influence du carrefour social et qui risquent l'exclusion sociale ou vivent dans l'exclusion sociale;

Croix Rouge Belgique: Organisation de la banque alimentaire pour la distribution des aliments à des personnes en détresse vivant en Communauté germanophone.

PRISMA : Les femmes, en situation de crise, trouvent auprès de cette asbl une aide psychologique et sociale. L'offre de cette asbl s'adresse en premier lieu aux femmes. Cependant des offres spécifiques comme par exemple dans le domaine de l'orientation sexuelle et la contraception sont aussi disponibles pour les hommes.

SOS-Hilfe : Cette asbl fournit des services dans le domaine de la gestion ménagère, les travaux domestiques, l'aide sociale et la lutte contre la pauvreté. En principe, l'asbl intervient uniquement en faveur de personnes qui sont en difficultés en raison de leur situation socio-familiale ou financière. Les activités de l'asbl s'étendent à toutes les communes de la région de langue allemande.

Telefonhilfe : Les employés de ce service d'assistance téléphonique se tiennent à la disposition, 24h sur 24, de toute personne, sans aucune discrimination, qui cherchent de l'aide. Le personnel fournit également des informations sur les organisations spécialisées existantes, qui peuvent conseiller et assister la personne qui appelle, si elle le désire.

Verbraucherschutzzentrale : Cet accord prévoit, entre autres, la possibilité pour les citoyens de recevoir des conseils en matière de droit du bail, de droit de la consommation et de l'énergie.

Info-Integration : Le Centre offre des conseils sur les droits et les devoirs des personnes issues de l'immigration qui résident dans la communauté germanophone. Ils informent aussi les personnes à propos des autres services existants;

Dabei : Cette NPI est Cette asbl est chargée de l'exécution de mesures en faveur de l'intégration sociale et du travail et la lutte contre la pauvreté.

Notaufnahmewohnungen : Ce décret prévoit les formes d'accueil pour les personnes en détresse. En 2016 ce décret a été adapté afin de rendre possible l'utilisation d'un logement d'accueil d'une organisation partenaire par une autre. Ceci dans le but d'une meilleure utilisation des capacités existantes.

Paragraphe 2 – Participation du public à la création et au maintien des services sociaux

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Entités fédérées

1.1.1. Autorité flamande

Encourager la participation des individus et des organisations particulières ou autres à la création et au maintien de ces services.

Contribution du domaine politique flamand Chancellerie et Gouvernance (KB) - Dans une perspective d'égalité des chances

S'il s'agit de la lutte contre la discrimination, on peut citer le décret flamand relatif à l'égalité des chances et la non-discrimination, mais ce décret existe depuis 2008 et a été repris dans les rapports précédents.

Contribution du domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG)

Le décret relatif à l'organisation de la prestation d'aide et de services au profit des détenus (8 mars 2013) fournit une base légale pour continuer à assurer l'accès des détenus et des personnes internées privées de liberté à l'aide et l'assistance. Dans les prisons de Flandre et de Bruxelles, une offre d'aide et de services est mise à disposition. Depuis 2009, il existe, dans toutes les prisons de Flandre et de Bruxelles, une offre d'aide tant individuelle que de groupe (par exemple, enseignement et formation). Cette offre est organisée en partant du principe que la peine doit, autant que possible, se limiter à une privation de liberté et que l'offre d'aide et de services contribue à préparer la réintégration de ces personnes. On mise également au maximum sur une collaboration avec les services proposant également une offre aux citoyens libres, ce qui permettrait également de poursuivre les trajets après la fin de la détention. L'ouverture d'un centre de psychiatrie légale à Gand, dans lequel séjournent les personnes internées, était l'occasion d'établir un plan d'action d'aide et de services pour ces personnes également et de suivre activement la collaboration entre la Justice, la Santé publique et le partenaire de soins privé.

La collaboration avec des services existants, également accessibles aux citoyens libres, est aussi importante d'un point de vue d'égalité de traitement et garantit également la qualité des services. En effet, la réglementation générale de ces services prévoit une forme d'inspection et de suivi.

L'apport d'aide et de services aux détenus a lieu en concertation étroite avec l'Autorité fédérale, responsable de l'application des peines. L'accord de coopération du 8 juillet 2014 entre l'État fédéral, la Communauté flamande et la Région flamande en matière de prestation d'aide et de services au profit des détenus en définit le cadre.

1.1.2. Communauté germanophone

Mise à jour couverte par réponses aux questions spécifiques; **cf tableaux en annexe (un tableau pour toutes les organisations du secteur social, un tableau pour le domaine d'aide aux personnes âgées)** pour une précision relative aux formes de subventions.

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Entités fédérées

2.1.1. Autorité flamande

Contribution du domaine politique flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) - Section Soins et Santé

L'article 14 §1er et 2 concerne le droit de recourir aux services d'aide sociale.

Politique des seniors

Développement des structures de soins à domicile. On trouvera ci-après un aperçu:

Évolution du nombre de structures de soins primaires et à domicile agréées et/ou subventionnées
En Région flamande et dans la Région de Bruxelles-Capitale

Type de structure	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centres de services régionaux	59	59	59	60	60	60	
Centres de services locaux	182	188	191	209	221	226	
Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires	122	120	124	119	115	110	
Services d'aide logistique	0	0	39	39	40	28	
Associations d'usagers et d'intervenants de proximité	6	6	6	6	6	6	
Services de garde	49	47	46	51	53	53	
Initiatives de coopération Soins de santé primaires	15	15	15	15	15	15	
Réseaux palliatifs	15	15	15	15	15	15	
Associations en matière de soins palliatifs						15	
Cercles de médecine générale						85	
Réseaux multidisciplinaires locaux							46

Aide à domicile (à ce sujet, voir la politique des seniors)

La programmation pour 2015:

- Les services d'aide familiale :

Il existe 110 services agréés d'aide à la famille ; 24 d'entre eux sont organisés par une association (ASBL), les 86 autres par des CPAS. Au total, on a accordé 17.420.312 heures.

- Les centres de services locaux :

On prévoit 612 centres de services locaux, soit 156 centres en province d'Anvers, 106 en Brabant flamand, 82 dans le Limbourg, 134 en Flandre orientale, 109 en Flandre occidentale et 25 à Bruxelles-Capitale. Sur ces 577 centres, 226 sont déjà agréés : 75 centres à Anvers, 29 en Brabant flamand, 28 dans le Limbourg, 34 en Flandre orientale, 45 en Flandre occidentale et 15 à Bruxelles.

- Les centres de services régionaux :

On prévoit 63 centres de services régionaux, soit 17 centres en province d'Anvers, 10 en Brabant flamand, 8 dans le Limbourg, 14 en Flandre orientale, 11 en Flandre occidentale et 3 à Bruxelles-Capitale. À noter que dans le Brabant flamand, Anvers et Bruxelles, la programmation est complète partout. En Brabant flamand, 9 centres sur 10 sont agréés, à Anvers 16 sur 17 et à Bruxelles 2 sur 3.

- Services de garde :

On a prévu 63 services de garde, soit 17 dans la province d'Anvers, 10 en Brabant flamand, 8 dans le Limbourg, 14 en Flandre orientale, 11 en Flandre occidentale et 3 à Bruxelles-Capitale. Sur 63 services, 53 sont déjà agréés : 11 services à Anvers, 8 en Brabant flamand, 8 dans le Limbourg, 14 en Flandre orientale, 11 en Flandre occidentale et 1 à Bruxelles.

- Associations des demandeurs d'aide et des intervenants de proximité

Il en existe 6.

<i>Aperçu de l'offre d'aide aux familles et de soins à domicile au 31/12/2015</i>			
<i>Type d'organisation</i>	<u>Nombre d'organisations</u>	<i>Heures agréées (2015)</i>	<u>Programmation heures/services</u>
<i>Services d'aide aux familles et de soins complémentaires à domicile (volet "aide aux familles")</i>	110	17.420.313 heures	22.339.767 heures
<i>Services d'aide aux familles et de soins complémentaires à domicile (volet "soins complémentaires à domicile") et services d'aide logistique</i>	138		3.984,751,35 heures
<u><i>ETP personnel logistique</i></u>		2.542,75 ETP	2.542,75 ETP
<i>ETP travailleurs groupe cible</i>		211,02 ETP	211,02 ETP
<i>Services d'accueil temporaire</i>	3		6
<i>Services de garde</i>	53		63 services
<i>Services de soins infirmiers à domicile</i>	197		supprimé
<i>Centres de services locaux</i>	191		612 services
<i>Centres de services régionaux</i>	60		63 services
<i>Usagers et intervenants de proximité</i>	6		6
<i>Services travail social de la mutualité</i>	28	433,15 ETP	433,15 ETP

Pour plus d'informations : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg.aspx> (informations pour les prestataires de soins) et http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_thuiszorg.aspx (pour les personnes qui recherchent des informations sur les structures de soins à domicile).

2.1.2. Communauté germanophone

Secteur santé et personnes âgées

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/>

Tarification 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.

3. Réponses aux articles non-conformes :

3.1.1. Communauté germanophone

La participation et le rôle des prestataires non publics

La participation et le rôle des prestataires non publics sont ancrés dans le projet „Engagement bewegt“ dans le cadre du concept de développement régional pour tous les secteurs de la Communauté germanophone. Ce Concept est un pilier du travail politique du gouvernement.

D'une part, les différents services sont soutenus afin d'intégrer les prestataires non publics par exemple moyennant une formation sous le titre „gestion des volontaires“ qui fournit des réponses à des questions telles que : Comment obtenir de nouveaux bénévoles ? Comment augmenter la force d'attraction de mon organisation pour des prestataires non publics ? Que dois-je prendre en considération pour la collaboration avec les bénévoles ? Les petites asbl auront de plus la possibilité d'assurer les bénévoles gratuitement.

D'autre part, les bénévoles potentiels sont appuyés par des mesures d'information et de sensibilisation, des mesures de reconnaissance de leurs efforts. En offrant des formations relatives à des lois fiscales des asbl ou des projets d'échange pour bénévoles.

Mécanismes de contrôle

Le contrôle de qualité des organisations non publiques se fait moyennant des comités de suivi et un contrôle de comptabilité ou éventuellement des contrôles sur le terrain. En outre, le cas échéant, des analyses externes de l'organisation de certains services pourront être organisées. Dans le domaine de la santé et des personnes âgées, le contrôle se fait via des décrets (décret de base aide à domicile 16/02/2009) et arrêtés ainsi que via des contrats définissant outre les objets des subventions, des normes de qualité et des inspections sur place vérifiant le respect des dispositions législatives

Consultation des usagers des services sociaux

Les usagers des services sont consultés lors de l'élaboration des politiques dans ce domaine par les voies suivantes :

- Forums publics autour des sujets bien définis. A titre d'exemple, la CG a organisé un forum pour familles en février 2016 afin d'utiliser les conclusions de ce forum en matière de garde des enfants et les allocations familiales.
- Auditions publiques dans le cadre du Concept de développement régional (REK)
- Enquête sur le degré de satisfaction, p.e. par tous les CPAS
- Sondage auprès des usagers dans le cadre des analyses des organisations
- Du secteur des **personnes âgées** : En ce qui concerne la participation de la société civile elle se fait via des services de bénévolat soutenant l'aide professionnelle à domicile. Les deux services actifs sur le territoire de la Communauté germanophone, Josephine Koch Service (235 personnes accompagnés) et Stundenblume en 2015 : (504 personnes).

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.*

1. Evolutions depuis le dernier rapport

1.1. Entités fédérées

1.1.1. Autorité flamande

Mesures 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.

Contribution du domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) – Coordination de la lutte contre la pauvreté et Kind en Gezin

Ces dernières années, le risque général de pauvreté est resté stable. L'indice de population défavorisée de Kind en Gezin nous apprend que 11,2% du nombre total de naissances en Flandre durant la période de 2011 à 2013 ont eu lieu dans un ménage défavorisé. Ce pourcentage a augmenté de façon frappante depuis 2005. Malgré l'approbation du décret de 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté et les mesures adoptées au cours de la précédente législature, la précarité en Flandre et à Bruxelles n'a pas diminué durablement. Selon l'enquête 2013 de l'UE sur les revenus et les conditions de vie, le seuil de risque de pauvreté en Belgique s'élevait, pour une personne isolée, à 12.890 euros par an ou 1.074 euros par mois. Par conversion, ce montant correspond à 2.255 euros par mois pour un ménage composé de deux adultes et de deux enfants. En 2013, un peu plus d'1 Flamand sur 10 (11%) devait s'en sortir avec un revenu situé en-deçà du seuil de risque de pauvreté. Cela correspond à environ 680 000 personnes. Le pourcentage de risque de pauvreté (= la proportion de personnes sous le seuil de risque de pauvreté) est resté assez stable ces dernières années, bien qu'après une baisse limitée entre 2010 et 2011, il ait de nouveau été question d'une hausse entre 2011 et la période 2012-2013. Ces variations ne sont cependant pas significatives sur le plan statistique.

Pour s'attaquer à la pauvreté de façon structurelle et mettre un terme à la pauvreté générationnelle, le Gouvernement flamand continuera à miser sur la lutte contre la pauvreté et l'augmentation de l'autonomie des enfants et des familles dans lesquelles ils grandissent. Dans le même temps, le Gouvernement flamand continue à s'attaquer aux mécanismes qui sont à l'origine de la pauvreté et entretiennent cette situation.

À cet égard, l'objectif principal que la Flandre cherche à atteindre à l'horizon 2020 est de diviser par deux le pourcentage d'enfants naissant dans la pauvreté et de faire chuter le risque général de pauvreté de 30 % en Flandre, conformément au Pacte pour 2020.

Le 3 juillet 2015, sur la proposition de Mme la ministre Homans, le Gouvernement flamand a donné son aval au Plan d'action flamand de Lutte contre la pauvreté. Ce plan d'action a été élaboré de façon

participative. Il ne doit pas être considéré comme un document statique, mais comme un instrument dynamique destiné à lutter contre la pauvreté en Flandre.

Gardant à l'esprit le Pacte pour 2020, ce plan d'action dessine une politique de lutte contre la pauvreté, structurelle et participative, se basant sur des objectifs concrets formulés pour chacun des droits sociaux fondamentaux (participation, prestation de services sociaux, revenus, famille, enseignement, aménagement des loisirs, travail, habitation et santé). Chaque membre du Gouvernement flamand est donc responsable de la réalisation de ces objectifs dans le cadre de ses domaines politiques, entreprend les actions nécessaires à cet effet dans le cadre du plan d'action et en fera rapport.

En mettant en œuvre ce plan visant à prévenir et à lutter contre la pauvreté, le Gouvernement flamand recourt à une gestion intégrée et se concentre en particulier sur les familles avec de jeunes enfants. Ce faisant, la Flandre entend s'attaquer au cercle vicieux de la pauvreté générationnelle et l'enrayer.

Cadre juridique

Un certain nombre de modifications ont été apportées à la réglementation durant la période 2014-2016:

- 20 décembre 2013: modification du décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté. Grâce à cette modification, l'Autorité flamande a pu, dès le 1^{er} janvier 2014, subventionner les administrations locales pour développer et soutenir des initiatives locales de lutte contre la pauvreté infantile.
- 7 février 2014: modification de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 mai 2009 relatif à la lutte contre la pauvreté. Cette modification met en œuvre la modification du décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté. Cette modification a mis en place un cadre réglementaire pour la sélection des administrations locales susceptibles de bénéficier de subventions pour lutter localement contre la pauvreté infantile et pour la détermination du montant de ces subventions. Cela a débouché sur le subventionnement de 71 administrations locales, pour 6 ans et un montant total de 4,5 millions d'euros par an.
- 14 mars 2014: approbation par le Gouvernement flamand de la circulaire relative au programme de réglementation, à l'analyse d'impact de la réglementation et à la règle de compensation des charges administratives. Avec cette approbation, l'implémentation du test de pauvreté a été adoptée au sein de l'Autorité flamande. Dans le cadre d'une politique inclusive, la réglementation ne peut exclure aucun groupe cible, comme les personnes précarisées. La réglementation ne peut pas non plus être à l'origine d'une nouvelle pauvreté. À cet égard, il importe que les décideurs politiques examinent, sous l'angle de la lutte contre la pauvreté, la réglementation existante et celle qui serait encore à élaborer. Par le biais du test de pauvreté, le Gouvernement flamand vérifie si sa réglementation n'entraîne pas d'effets non souhaités pour les personnes précarisées. Un test de pauvreté est le résultat d'un processus participatif dans lequel les acteurs publics, en concertation avec les autres acteurs concernés, évaluent l'impact futur ou passé de la politique (dans sa phase de développement ou d'application) sur la pauvreté, les personnes précarisées ou les inégalités pouvant conduire à la pauvreté. Ces autres acteurs sont des organisations ou des personnes disposant d'une connaissance acquise par l'expérience ou scientifique. En cas de modification ou de nouvelle réglementation, il convient également, dans le cadre du test de pauvreté, de vérifier si des droits éventuels, établis par la réglementation, peuvent automatiquement être conférés.

1.1.2. Fédération Wallonie - Bruxelles

En Région wallonne différentes mesures ont été prises depuis 2012 afin d'adopter 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. Ces différentes mesures ont été prises à des niveaux différents et au sein de Cabinets ministériels distincts.

Les mesures prises sont notamment :

1. Un premier plan de lutte contre la pauvreté pour la Wallonie

Approuvé le 10 septembre 2015, ce Plan est transversal et s'inscrit autour de 11 axes thématiques. L'objectif est d'apporter des réponses concrètes et efficaces à des difficultés précises rencontrées par les personnes en situation de précarité et de pauvreté ou en risque important de l'être. Les thématiques sont organisées en fonction de leur poids dans le budget des ménages.

Logement

Le logement est le poste le plus important des dépenses des ménages wallons mais ce sont les plus faibles revenus qui y consacrent la part la plus importante de leur budget : 39 % des dépenses des plus pauvres contre 23 % chez les plus riches. Le Plan met donc l'accent sur l'accès au logement et la qualité du logement.

Alimentation

Signe des difficultés financières vécues par nombre de personnes et de ménages, on observe une augmentation de la fréquentation des épiceries sociales et autres associations. Organiser une meilleure offre dans ces services permettra aux personnes et aux ménages d'accéder davantage à une alimentation équilibrée.

Energie

En moyenne, un ménage consacre 6,6 % de son budget aux dépenses énergétiques. Mais, les 10 % de ménages wallons les plus pauvres sont les moins bien lotis, puisqu'ils y consacrent près de 19 % de leurs revenus. Pour alléger leur facture énergétique, la Wallonie veut réformer les primes, favoriser l'accès à l'énergie ou encore, appliquer les plans de paiement raisonnable.

Eau

L'accès à l'eau est garanti à tous aujourd'hui par le Fonds social de l'eau. Ses moyens ont été doublés mais la Wallonie veut rendre le mécanisme plus efficace pour assurer une meilleure répartition du Fonds afin de pouvoir aider toutes les familles en difficulté de paiement, via les CPAS.

Santé

En Wallonie, une personne sur cinq a reporté ou renoncé à des soins de santé pour des raisons financières. Le Plan veut contribuer à améliorer l'état de santé des publics précarisés en renforçant l'accès aux services de soins de proximité et à des aides.

Politiques familiales

Le risque de pauvreté des enfants est particulièrement important pour ceux qui vivent au sein de familles monoparentales. Il est donc essentiel de lutter contre d'éventuelles discriminations à leur égard en agissant sur les ressources financières du ménage, notamment à travers les allocations familiales.

Mobilité

Les difficultés de mobilité des personnes en situation précaire sont un véritable obstacle pour accéder à toutes sortes de services. Pour faciliter la mobilité des publics les plus précaires, le Plan va mieux valoriser les tarifs préférentiels pratiqués par les TEC, soutenir le développement des tarifs collectifs et favoriser l'obtention du permis de conduire théorique et pratique.

Loisir

38 % des ménages wallons n'ont pas la capacité financière de partir une semaine par an en vacances. Le Plan souhaite améliorer l'accès aux loisirs et à la détente pour tous.

Numérique

Si près de 3 ménages sur 4 sont connectés à internet en Wallonie, ils sont seulement 1 sur 2 dans les ménages monoparentaux. Pour réduire cette fracture numérique, la Wallonie va financer les EPN, soutenir des actions de ces EPN centrées sur les publics précarisés et développer des formations aux TICs à destination des publics précaires.

Accès aux droits

Bien souvent, les personnes en situation de précarité ou en risque de l'être ne connaissent pas les services et les aides à leur disposition. Pour réduire ce « non recours aux droits », le Plan va automatiser certains droits dérivés wallons.

Démarches partenariales

Le Plan entend continuer à améliorer la situation des personnes les plus touchées par la précarisation via les plans de cohésion sociale (PCS) et à favoriser l'achat de produits de seconde main dans les magasins d'économie sociale.

1.1.3. Communauté germanophone

En mai 2008, le Gouvernement de la Communauté Germanophone (DG) a lancé la mission visant à élaborer un « 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 Concept 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-humain 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.

En 2013, le gouvernement de la Communauté germanophone a tâché le CeRiS de l'université de Mons d'analyser la pauvreté, la précarité ainsi que la vulnérabilité sociale au sein de la CG. Sur la base de cette analyse, le CERIS s'est engagé à élaborer un concept socio-politique global pour la lutte contre la pauvreté.

En 2014 et 2015 le Ceris a mené une action-recherche divisée en trois phases.

La première phase, la phase descriptive de la recherche-action, a repris les principales données quantitatives disponibles. Une comparaison avec la situation des autres Communautés de l'État fédéral a été réalisée. Cette représentation de l'état de la pauvreté en Communauté germanophone a permis de dresser un tableau général des indices démographiques et socio-économiques. Ceux-ci révèlent à la fois les caractéristiques de la population visée par l'action sociale et la manière dont le dispositif d'aide se déploie sur le territoire de la CG.

Cette première phase descriptive ne prend tout son sens qu'en prenant en considération la deuxième phase, la phase compréhensive, ainsi que la troisième phase, la phase analytique.

La phase compréhensive poursuit le travail de recueil des données en faisant appel à un échantillon d'experts du vécu (indices subjectifs) sous la forme de récits de vie et/ou d'entretiens semi-directifs. Cette manière de procéder a permis de réaliser l'étayage des indices qualitatifs subjectifs recueillis en cours de la phase 1 auprès des acteurs sociaux « porte-voix » par les indices subjectifs recueillis au cours de la phase 2.

La troisième étape, la phase analytique, a donnée toute sa signification à l'ensemble du travail de recherche-action impliquant. Elle favorise en effet, en Communauté germanophone, la mise en réseau du dispositif d'aide, de soutien et d'action sociale. Cette étape de la recherche permet la mise en place de routines de fonctionnement opératoires adaptées aux situations de fragilité, de précarité et de grande pauvreté. Ces routines de fonctionnement opératoires sont susceptibles d'exercer préventivement une influence positive sur les facteurs de vulnérabilité identifiés à la fois par les acteurs professionnels et les acteurs sociaux non professionnels (bénévoles, acteurs sociaux appartenant à la population cible elle-même, etc..).

La définition du rôle, de la fonction et du statut de chaque service et/ou acteur social au sein d'un réseau social et éducatif permettra d'articuler l'action de chacun autour d'un objectif commun : développer le pouvoir d'agir des personnes en difficulté sociale.

2. Réponses aux questions du Comité

2.1. Entités fédérées

2.1.1. Autorité flamande

Contrôle et évaluation

Contribution du domaine flamand Bien-être, Santé publique et Famille (WVG) – Coordination de la lutte contre la pauvreté et Kind en Gezin

Chaque année, l'Autorité flamande publie un "Moniteur flamand de la pauvreté". Ce Moniteur rassemble différents indicateurs de pauvreté, complétés par des accents et points d'attention propres, basés sur les priorités de la politique flamande en matière de pauvreté. Cela se traduit notamment dans la visualisation et la discussion des différents objectifs en matière de pauvreté formulés par le Gouvernement flamand dans le cadre du Pacte 2020 et du Programme de réforme flamand pour la stratégie UE-2020. Étant donné que la lutte contre la pauvreté infantile constitue une des principales priorités de la politique flamande en matière de pauvreté, le Moniteur regroupe également un certain nombre d'indicateurs se concentrant spécifiquement sur la précarité de ce groupe.

Le Plan d'action flamand de Lutte contre la pauvreté fait l'objet d'un suivi formel dans un rapport biennal sur son état d'avancement. Ledit rapport contient des informations sur la mise en œuvre de chacune des actions prévues dans le Plan d'action. Le premier rapport sur l'état d'avancement du plan a également conduit à un ajustement du Plan d'action. Le rapport d'avancement ajusté du Plan approuvé en 2015 sera présenté et remis en avril 2017 au SERV (Conseil socio-économique de Flandre) et au Parlement flamand.

Mesures contre la pauvreté

Kind en Gezin effectue un suivi permanent du nombre d'enfants nés dans des familles précarisées. À cet effet, cette institution recourt à un enregistrement multi-aspects, dans lequel la situation familiale est évaluée selon 6 axes différents. Ces domaines sont: le niveau de revenus, le travail, le niveau d'éducation/formation, le logement, la santé et le développement. Si une famille rencontre des problèmes dans trois domaines ou davantage, elle est considérée comme défavorisée. Sur la base de ces données, on calcule chaque année un indice de population défavorisée. Cela a permis de constater que cet indice a progressé d'un peu plus de 5% entre 2001 et 2014, passant de 6,04 % à 11,38%.

Accueil des enfants

En fonction du développement et de la surveillance de trois aspects (économique, pédagogique et social) de l'accueil des enfants, les points suivants sont abordés:

- Soutenir les centres pour accueil inclusif pour qu'ils puissent remplir aisément leurs missions;
- Veiller à ce que l'accueil des enfants soit également accessible aux enfants qui vivent dans des familles vulnérables;
- Poursuivre toutes les actions relatives à la professionnalisation, l'amélioration des compétences et l'augmentation de l'attractivité d'un emploi dans le domaine de l'accueil des enfants;
- Soutenir les emplacements d'accueil qui souhaitent faire davantage participer les familles et les enfants de façon à ce qu'ils puissent contribuer à façonner la prestation de services;

- Veiller à l'implémentation du cadre pédagogique dans tous les emplacements d'accueil pour les bébés et bambins.

On compte que presque 7 enfants sur 10 âgés de 3 mois à 3 ans recourent régulièrement à l'accueil formel et/ou informel. Ce recours est resté stable depuis 2009. En revanche, on observe une diminution du recours à l'accueil informel fourni par les grands-parents. Souvent, ils exercent encore une activité professionnelle. Parallèlement à la baisse du recours à l'accueil informel, on constate une hausse importante de l'utilisation de l'accueil formel et, plus particulièrement, des garderies. Les enfants ayant une mère d'origine non belge et les enfants de familles défavorisées recourent moins à l'accueil formel et/ou informel d'enfants.

Soutien préventif aux familles

Depuis l'entrée en vigueur, en 2014, de la réglementation relative à l'organisation d'un soutien préventif aux familles, 127 Maisons de l'Enfant ont été agréées à ce jour, avec un territoire total d'action englobant 183 communes de Flandre et de Bruxelles. Il s'agit de larges réseaux qui connectent les initiatives au niveau local dans le domaine du soutien préventif aux familles, notamment les initiatives en matière de santé, d'éducation et de soutien psychosocial. L'offre de soutien éducatif (boutiques et "ligne" éducation), les jeux et rencontres, l'offre ambulante et mobile de soutien préventif aux familles et l'offre préventive en vue de renforcer les possibilités d'éducation ont été intégrées structurellement en 2014 à la réglementation susmentionnée.

En rénovant les soins préventifs, Kind en Gezin entend s'adapter aux évolutions sociales et continuer à offrir des services de qualité adaptés à tous les parents. Les soins rénovés sont étayés scientifiquement. Ils s'intègrent dans l'étude sur le "State of the Art" scientifique sur le plan des soins de santé préventifs pour les enfants de moins de 3 ans et l'enquête relative aux besoins et préférences en matière de soins préventifs exprimés par les familles avec des enfants en bas âge. Dans toute la Flandre, on mise intensivement sur une meilleure adéquation entre les services proposés par Kind en Gezin et les besoins des parents d'aujourd'hui et de demain. Chaque région donnera elle-même forme à son propre trajet et développera une offre de services adaptée aux parents, en concertation avec ceux-ci et les partenaires.

Offrir un maximum de chances aux jeunes enfants commence dès la grossesse. C'est pourquoi Kind en Gezin entend permettre à chaque femme enceinte d'accéder à des soins prénatals adéquats et préparer chaque futur parent à remplir son rôle à venir. Un groupe de pilotage "Services prénatals" a été créé pour pouvoir réaliser les lignes d'action du projet de renforcement de l'accompagnement prénatal.

Contribution du domaine politique flamand Chancellerie et Gouvernance publique (KB) - Dans une perspective d'égalité des chances

Remarque préalable: s'il s'agit de la lutte contre la discrimination, on peut citer le Décret flamand relatif à l'égalité des chances et la non-discrimination, mais ce décret existe depuis 2008 et a été repris dans les rapports précédents.

On peut mentionner le Centre interfédéral pour l'égalité des chances: en mars 2014, on a créé le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme et les discriminations (en abrégé "Centre interfédéral pour l'égalité des chances"). Les citoyens souhaitant déposer une plainte pour discrimination pour des motifs relevant des compétences flamandes peuvent aujourd'hui également s'adresser à un organe indépendant anti-discrimination et ce, pour des motifs dits de race, de couleur de peau, d'ascendance, d'origine nationale ou ethnique, d'orientation sexuelle, d'état civil, de naissance, de fortune, d'âge, de convictions religieuses ou philosophiques, de l'état de santé actuel ou futur, du handicap ou de caractéristiques physiques (...). Les anciens points de

contacts locaux flamands en matière de discrimination ont été incorporés au nouveau Centre interfédéral pour l'égalité des chances et en font aujourd'hui partie intégrante.

Contribution du domaine politique flamand Emploi et Économie sociale (WSE)

Les éléments mentionnés dans les précédents rapports en matière d'emploi et d'économie sociale sont toujours d'actualité pour la période de 2012 à 2016. Voici malgré tout quelques ajouts récents en matière de politique de l'emploi, se concentrant particulièrement sur la problématique de la pauvreté.

Le 3 juillet 2015, sur la proposition de Mme la ministre Homans, le Gouvernement flamand a donné son aval au Plan d'action flamand de Lutte contre la pauvreté. On trouvera ci-après quelques points importants pour le domaine politique de l'Emploi et de l'Économie sociale.

- Il existe différentes actions visant à promouvoir la période de stage comme étant la combinaison de l'apprentissage et du travail, particulièrement auprès des jeunes (apprentis), de leurs parents, du monde de l'enseignement et de l'entreprise et du public en général. Une communication permanente est également assurée au sujet de la campagne en vue d'encourager l'esprit d'entreprise et les compétences entrepreneuriales chez les jeunes en apprentissage.
- Les demandeurs d'emploi précarisés se voient proposer un parcours intégré axé sur le travail et le bien-être. Les demandeurs d'emploi participant à ces parcours ne sont pas affectés de problèmes médicaux, mentaux, psychiques ou psychiatriques spécifiques et font preuve de suffisamment de motivation pour trouver un travail. Les demandeurs d'emploi indiquent suffisamment que la perception d'un revenu est une possibilité pour sortir de la pauvreté; on présume que, dans une période de 1 à 24 mois, ils pourront s'orienter vers une formation et/ou un parcours de mise au travail. Le conseiller travail et bien-être du VDAB prend à cœur le dossier individuel. Sachant que le fonctionnement de groupe peut avoir un effet de renforcement et d'émancipation pour le groupe cible, un volet de groupe participatif a également été mis sur pied.

Enfin, au printemps 2016, un appel au sujet de la pauvreté a été lancé par le Fonds social européen (FSE) flamand. Avec cet appel lié à la pauvreté, le FSE de Flandre s'adresse aux organisations flamandes qui disposent d'expérience dans l'accompagnement de personnes précarisées vers l'emploi ou la formation. Le groupe cible final de cet appel est l'ensemble des personnes actives professionnellement venant de ménages où l'intensité de travail est très faible. L'objectif est de mettre en place des parcours intégrés vers le travail ou la formation avec des possibilités élargies pour une approche multidisciplinaire. Les organisations peuvent présenter elles-mêmes une méthode pour proposer des parcours intégrés vers l'emploi ou la formation. Le budget pour l'appel "Pauvreté" s'élève à 2,5 millions d'euros, dont un million vient du FSE (40%) et 1,5 million d'un cofinancement propre (60%). Pour un projet, les promoteurs reçoivent 40% des moyens par le biais du FSE et doivent prévoir eux-mêmes un cofinancement de 60%. Les projets commencent à courir à partir du 1^{er} juillet 2016 pour un délai maximum de 24 mois.

Contribution du domaine politique flamand Culture, Jeunesse, Sport et Médias (CJSM)

(Voir annexe de la Flandre – Article 30 paragraphe 1 CJSM)

1) Mesures pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre de la Politique culturelle

Sur la base du Décret du 18 janvier 2008 sur la participation, l'Autorité flamande subventionne, depuis 2009 et dans le cadre de réseaux locaux pour la promotion de la participation aux loisirs des personnes vivant dans la pauvreté (art. 22), les communes flamandes et la Commission communautaire flamande afin de réduire les obstacles rencontrés par les personnes précarisées pour participer à des activités culturelles, sportives et d'animation des jeunes. Sur le terrain, le besoin et l'importance de la coopération et de la concertation entre les différents niveaux s'étant faits fortement ressentir, cette mesure vise à renforcer la régie locale, en encourageant la collaboration entre les fonctionnaires de la culture, de la jeunesse et des sports, les CPAS, les associations et les organisations de bien-être, en vue de développer un réseau d'accompagnement et d'activation.

On trouvera en annexe 1 une évolution du nombre de communes subventionnées entre 2009 et 2016 inclus. L'annexe 2 fournit un aperçu par province des subventions payées annuellement aux communes dans ce cadre.

En outre, il existe aussi depuis 2009 le Fonds Participation aux loisirs. La mission de base de ce fonds est de permettre financièrement aux personnes précarisées de participer à l'offre de loisirs. Les organisations qui travaillent avec des personnes précarisées et qui se situent dans une commune sans réseau local de participation aux loisirs peuvent s'adresser au Fonds pour une intervention financière pour toutes les activités faisant partie de l'offre subventionnée pour la culture, la jeunesse et les sports. Le Fonds intervient également dans les frais de transport, de réservation et de baby-sitting.

En outre, les organisations qui travaillent avec des personnes précarisées et qui sont situées dans une commune avec ou sans réseau local de participation aux loisirs ont la possibilité, par le biais du Fonds, de recourir à une offre sélectionnée dans l'industrie des loisirs et à une offre supra-locale à un tarif avantageux. L'industrie des loisirs englobe toutes les activités liées à la culture, la jeunesse et les sports organisées par des entreprises dans le but de faire du profit.

L'annexe 3 fournit un aperçu des subventions payées au Fonds depuis 2009. Pour 2015 et 2016, les montants prévus sont inscrits..

En 2012, l'UiTPAS a été lancé dans le cadre d'un projet pilote dans la région pilote d'Alost. Cette carte est utilisée pour une offre de loisirs transcommunale, étendue et variée. Il s'agit tant d'une offre urbaine et communale que d'une offre commerciale et subventionnée par des particuliers. Chaque Flamand est encouragé à épargner des points et à les encaisser en échange d'avantages et d'actions. Pour les personnes précarisées, l'UiTPAS offre des opportunités supplémentaires en harmonisant initiatives d'accompagnement existantes et tarifs préférentiels adaptés.

À l'heure actuelle, l'UiTPAS est déjà utilisé dans la région pilote d'origine (Alost, Lede, Erpe-Mere et Haaltert), Bruxelles (Paspardoe), Gand, Ostende et la structure de coopération intercommunale du sud-ouest (Anzegem, Avelgem, Deerlijk, Harelbeke, Courtrai, Cuerne, Menin, Waregem, Wervik, Wevelgem et Zwevegem).

En 2016, s'y ajouteront Ninove (adhésion à la région pilote d'origine), la structure de coopération intercommunale de Campine (Turnhout, Vieux-Turnhout, Beerse et Vosselaar), Malines, Louvain, Maasmechelen et Heist-op-den-Berg.

L'objectif est d'étendre progressivement l'UiTPAS en Flandre.

2) Mesures pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre de la Politique des droits de l'enfant et de la jeunesse

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale s'inscrit dans le cadre de la politique des droits de l'enfant et de la jeunesse, au niveau tant des plans stratégiques horizontaux que de la politique sectorielle propre. On renvoie aux plans stratégiques, en ajoutant les dernières évolutions intervenues dans le domaine politique de la jeunesse.

En ce qui concerne la période visée par le rapport, on peut renvoyer aux priorités suivantes du **Plan flamand de politique de la jeunesse (VJP) 2011- 2014**:

- VJP OS 7 L'offre de loisirs, d'enseignement et de bien-être est adaptée aux besoins des enfants et des jeunes vulnérables socialement.
- VJP OS 8 Les enfants socialement vulnérables âgés de moins de 6 ans ont davantage de possibilités de développement.
- VJP OS 9 Les villes sont davantage adaptées aux enfants: elles offrent aux enfants et aux jeunes davantage de possibilités de développement.

Dans le cadre du **Plan d'action flamand en matière de droits de l'enfant 2011-2014**, appliquant les observations finales du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, la pauvreté infantile et l'égalité des chances constituaient l'un des six terrains d'action.

- Dans le domaine politique de la jeunesse, lors de la mise en œuvre de ces objectifs, on a observé les éléments suivants: on s'est penché sur l'expertise des autorités locales et supra-locales en ce qui concerne l'élargissement de l'offre pour les enfants et les jeunes vulnérables socialement. La priorité politique flamande "participation des groupes défavorisés" a été reprise dans le nouveau décret local relatif à la politique de la jeunesse, le décret du 6 juillet 2012 portant soutien et stimulation de la politique locale en matière de jeunesse et détermination de la politique provinciale en matière de jeunesse.
- Par le biais du Décret participation, Demos ASBL a été soutenue en tant que centre de connaissances, point de contact et promotrice dans le renouvellement et l'approfondissement de la participation des groupes socialement vulnérables à la culture, la jeunesse et les sports.
- La Flandre a également produit des efforts pour augmenter la participation des enfants et des jeunes socialement vulnérables à des programmes de mobilité internationaux. Cela s'est notamment concrétisé par le biais (du développement) d'Erasmus plus, des efforts de l'ASBL JINT (30% des projets visaient les jeunes issus de groupes défavorisés), de différents projets mondiaux dans le cadre du décret relatif à la politique des droits de l'enfant et de la jeunesse...
- En ce qui concerne la jeunesse, une concertation verticale relative à la pauvreté a été organisée environ deux fois par an. Cette concertation était centrée sur un dialogue direct entre les jeunes précarisés et le ministre de la Jeunesse. La préparation a eu lieu en collaboration avec le Réseau de lutte contre la pauvreté. D'autre part, l'ASBL Demos a mis en œuvre, en collaboration avec la VVJ (Association des services flamands de la jeunesse), une mission d'accompagnement visant à poursuivre l'amélioration de l'accès des mouvements de jeunesse aux jeunes précarisés. Cette mission a permis de révéler l'expertise existante et accumulée. La publication qui y est associée a été communiquée au secteur et aux administrations locales durant la première moitié de 2014.

- En 2011 et 2012, dans le domaine politique de la Jeunesse, une expérimentation a eu lieu au sujet du soutien des projets locaux destinés à lutter contre la pauvreté infantile. En 2013, on a donné la possibilité aux communes ayant activé une expérience en matière de pauvreté de demander une subvention pour soutenir les différentes expériences. Deux communes y ont donné suite, comme transition vers l'entrée en vigueur du décret local relatif à la politique de la jeunesse, qui fait du travail avec les enfants socialement vulnérables une de ses priorités. Avec cette deuxième priorité stratégique flamande en faveur de l'animation de jeunesse, les administrations locales sont plus que jamais encouragées à mettre en place une politique susceptible d'augmenter la participation des groupes défavorisés à l'animation de jeunesse. L'importance de la professionnalisation de l'animation de jeunesse qui atteint les groupes défavorisés est mise en avant. Il est également demandé d'encourager l'apprentissage du néerlandais pendant les périodes de vacances. Le budget a été fortement augmenté et réparti entre 55 administrations locales sur la base d'indicateurs de personnes défavorisées.
- Le 17 juin 2014, le département Jeunesse, Demos et la VVJ ont présenté la publication "*Verbindingen in de vrije tijd. Netwerken tussen jeugdwerk en gezinnen in armoede*" (Connexions dans les loisirs. Réseaux entre l'animation de jeunesse et les ménages précarisés"). Cette publication décrit comment Demos et la VVJ ont encadré quatre projets pilotes relatifs à la lutte contre la pauvreté. Ces projets avaient pour finalité d'augmenter la participation des enfants et jeunes défavorisés à l'animation de jeunesse.
- Pour la nouvelle législature, les deux projets ont été intégrés à un **Plan flamand en matière de politique des droits de l'enfant et de la jeunesse**, cf. le décret du 20 janvier 2012 sur la politique rénovée en matière de droits de l'enfant et de la jeunesse (JKP). Ce décret stipule que la JKP doit répondre à quatre objectifs stratégiques: la création et la garantie de chances égales pour tous les enfants et jeunes, la création et la garantie d'opportunités de développement au sens large pour les enfants et jeunes, la création d'espace pour les enfants et jeunes et la promotion de la participation formelle et informelle d'enfants et de jeunes à la société. En outre, il doit également décrire comment le Gouvernement flamand tient compte des observations finales du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, formulées à la suite du rapport périodique remis par la Belgique, et d'autres cadres politiques internationaux relatifs aux droits de l'enfant. Dans la **nouvelle JKP 2015 - 2019**, la lutte contre la pauvreté fait l'objet du premier objectif stratégique: "En 2019, la proportion d'enfants et de jeunes vivant dans la pauvreté devra avoir diminué de 30 % en Flandre." En ce qui concerne la mise en œuvre, on vise à ce que les enfants et les jeunes grandissent avec une qualité de vie adéquate, puissent bénéficier de loisirs constructifs et adaptés, afin d'éviter l'exclusion sociale et de développer l'"espace mental", tout en soulignant le rôle des écoles dans la lutte contre la pauvreté.
- Le décret de 2012 susmentionné contient en outre des dispositions régissant le **subventionnement** des organisations des droits des enfants et des jeunes. Ainsi, pour la détermination du montant des subventions, la **politique d'égalité des chances** constitue l'un des critères d'évaluation. À cet égard, la politique d'égalité des chances est définie comme "politique orientée vers la suppression de contraintes liées à des caractéristiques telles que le genre, le handicap, l'origine, la position socio-économique et l'âge, qui freinent la participation à la vie économique, politique et sociale".

En ce qui concerne la diversité:

- Le 15 mai 2014, en matinée, le département de la Jeunesse et Demos ont présenté le livre "*Niets meer dan gelijkheid*" (L'égalité, tout simplement). Cet ouvrage poursuit l'objectif

suivant:

La "diversité" est l'un des thèmes qui occupe de nombreuses organisations d'animation de jeunesse mais, bien souvent, cela ne fonctionne pas vraiment. En effet, dans l'intervalle, la réalité a rattrapé le secteur. Il y a longtemps que les jeunes issus de l'immigration ne constituent plus une minorité ou un groupe cible. Ils contribuent à façonner le secteur de la jeunesse. Cette publication donne la parole aux jeunes qui contribuent à façonner ce secteur. Demos s'est mise activement à la recherche de contextes, de personnes, d'opinions et de discussions. Ceux-ci fournissent l'inspiration nécessaire pour passer à l'action.

- En 2015, les ministres flamands de l'Intégration et de l'Intégration civique, ainsi que de la Jeunesse ont décidé de soutenir conjointement huit projets axés sur le développement identitaire positif chez les jeunes. Ces projets s'inscrivent dans le cadre du Plan d'action flamand pour la prévention de la radicalisation, adopté début avril par le Gouvernement flamand. Pour l'appel à projets, on a libéré un budget de 650.000 euros (400.000 euros de l'Intégration et de l'Intégration civique, 250.000 euros de la Jeunesse). En lançant cet appel à projets, les ministres entendent agir sur le renforcement de la position des adolescents et des jeunes adultes dans la société et augmenter leur engagement social. Les ministres souhaitent soutenir des projets susceptibles de faire reculer les sentiments d'exclusion et d'injustice et de les remplacer par des engagements positifs. Pour l'approche concrète, on compte sur les organisations de la société civile dans la dimension des loisirs: jeunesse, sport, animation socio-culturelle des adultes, auto-organisation, réunions à la mosquée, etc.
- À cet égard, on peut également renvoyer à la publication de la plate-forme de recherche sur la jeunesse (JOP) intitulée "*Divers jong*" (Jeunesse diverse), datant de 2015. Cet ouvrage traite du thème, pertinent, de la "diversité" dans la vie et l'environnement des jeunes de Flandre.
- Le 6 mai 2016, le ministre flamand de la Jeunesse prévoit d'organiser un dénommé "cabinet citoyen" diversité avec le secteur de la jeunesse. Par ailleurs, on planche sur un réseau d'apprentissage dédié à la diversité, ainsi que sur une Journée de la diversité.

2.1.2. Communauté germanophone

Contrôle et évaluation

La lisibilité des phénomènes de pauvreté, de précarité et de fragilité en Communauté germanophone sera améliorée à travers la création d'un « observatoire de la pauvreté ». L'objectif est de mettre en place un dispositif susceptible de récolter les données significatives (indices de pauvreté, indicateurs sociaux, indicateurs de privation matérielle, indices de santé mentale, etc.). Il s'agit plus d'un dispositif méthodologique que d'une nouvelle structure. Les données permettent de produire de nouvelles grilles d'observation à partir desquelles il sera possible à la fois de mettre à jour les changements conjoncturels qui se manifestent d'une année à l'autre dans le domaine de la grande pauvreté, de la pauvreté, de la précarité ou de la fragilité sociale, mais aussi de comprendre ce qui sous-tend la progression ou la régression des indices et d'analyser l'évolution et/ou l'involution du phénomène constaté. Ce dispositif permettra également de comparer l'évolution du contexte de pauvreté en C.G. en le situant par rapport aux autres Régions de l'État fédéral et, le cas échéant, de vérifier dans le contexte d'une évaluation formative et continue l'effet des pratiques sociales sur l'évolution du contexte sociétal dans lequel se manifestent les phénomènes de pauvreté.

3. Réponse à la situation de non-conformité

3.1. Entités fédérées

3.1.1. Autorité flamande

Contribution du domaine politique flamand Aménagement du Territoire, Politique du Logement et Patrimoine immobilier

En ce qui concerne le domaine politique du Logement, nous avons noté que, tant *in fine* dans le document "Demande de contribution de la Flandre" que dans le rapport du Comité, on renvoie à une plainte collective concernant la politique à l'égard des Roms et Tziganes, en se référant à l'article 30, dans laquelle les conditions de logement de ces groupes sont vivement critiquées (plainte incorrectement dénommée dans le rapport "*réclamation n°62/2011, décision sur le bien-fondé du 21 mars 2012*". Or, ce devrait être la plainte n°62/2010).

Le suivi de cette plainte a été traité dans le récent rapport "*Follow-up to Decisions on the Merits of Collective Complaints*" du Comité de janvier 2016.

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016805939f5>

Le Comité y a consigné les différentes mesures que la Région flamande a prévues, prises et met actuellement en œuvre, ajoutant que ces aspects seront à nouveau évalués en octobre 2017.

3.1.2. Fédération Wallonie-Bruxelles

La Direction interdépartementale de la Cohésion sociale du Service public de Wallonie, complétée par le Département du Développement durable

Le Comité souhaite en particulier actualiser les informations communiquées en 2012 sur base :

- *d'une description du cadre juridique général en spécifiant la nature, les raisons et l'étendue de toute réforme*
- *une indication des mesures prises (règlements administratifs, programmes, plans d'actions, projets, ...) pour mettre en œuvre le cadre juridique*
- *des données chiffrées, statistiques ou toutes autres informations pertinentes sur la nature et l'ampleur de la pauvreté et de l'exclusion sociale, y compris le nombre d'individus ou de foyers socialement exclus ou vivant dans la pauvreté, ainsi que sur la méthodologie suivies ou les critères retenus pour mesurer la pauvreté et l'exclusion sociale, sachant que le taux Eurostat de risque de pauvreté avant et après transferts sociaux est utilisé comme valeur comparative pour apprécier les situations nationales.*

Pour le Comité, "le fait de vivre en situation de pauvreté et d'exclusion sociale porte atteinte à la dignité de l'être humain". L'article 30 de la Charte révisée exige des Etats parties de rendre effectif le droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale par le biais de mesures visant à "favoriser

les droits sociaux fondamentaux, notamment en termes d'emploi, de logement, de formation, d'éducation, de culture et d'assistance sociale et médicale et lever les obstacles qui l'entravent".

En outre, le Comité souligne que les mesures en question doivent non seulement s'attacher à renforcer l'accès aux droits sociaux, mais aussi "leur contrôle et le respect de leur application, à améliorer les procédures entourant les prestations et services ainsi que leur gestion, à fournir une meilleure information sur les droits sociaux et les prestations et services y afférents, à supprimer les barrières psychologiques et socioculturelles qui entravent l'accès aux droits et, au besoin, à cibler très précisément les groupes et régions les plus vulnérables".

Pour le Comité, il s'agit d'évaluer, d'une façon précise l'efficacité des politiques, mesures et actions entreprises dans le cadre d'une approche globale et coordonnée. L'un des indicateurs fondamentaux en la matière est le niveau des ressources (y compris l'augmentation de ce niveau) qui ont été affectées pour atteindre les objectifs de la stratégie.

Depuis 2015, le Gouvernement wallon a adopté son premier **Plan de lutte contre la pauvreté (PLCP) 2016-2019**, sous l'impulsion du Ministre-Président. Ce plan a la particularité d'être transversal dans la mesure où il implique l'ensemble des compétences gérées par les ministres du gouvernement, autour de onze thématiques suivantes : le logement, l'alimentation, l'énergie, l'eau, la santé, les politiques familiales, la mobilité, le tourisme, le numérique, l'accès aux droits et les démarches partenariales, avec une attention particulière dans ces différents domaines pour les publics cibles particulièrement vulnérables que sont les jeunes et les familles monoparentales. Il ne couvre, par contre, pas l'emploi et la formation, qui font l'objet d'un nouveau Pacte pour l'emploi, ni l'éducation et la culture qui sont des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Depuis la mise en œuvre du PLCP en septembre 2015, on a déjà pu constater un progrès en termes de sensibilisation des différents acteurs à la lutte contre la pauvreté : le premier rapport semestriel présente un état des lieux par thématique, les perspectives à fin 2016 et les premiers enseignements et propositions de recommandations transversales. Il est toutefois encore trop tôt pour pouvoir disposer de données chiffrées mesurant les effets du PLCP. La volonté est aussi de soutenir la concertation avec le secteur associatif à travers un Réseau wallon de lutte contre la pauvreté qui bénéficie d'une reconnaissance de la part du Gouvernement et dont le programme de travail 2015-2017 bénéficie d'une subvention régionale.

Au niveau local, les communes wallonnes contribuent à renforcer l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux à travers le **Plan de cohésion sociale (PCS) 2014-2019** qui se poursuit avec efficacité dans 181 communes wallonnes. Le Gouvernement wallon a décidé d'en simplifier les procédures et de mettre davantage l'accent sur la lutte contre la pauvreté. Le PCS 2009-2013 a fait l'objet d'une évaluation approfondie¹⁰ qui a fait valoir notamment que la plupart des impacts ont trait aux aspects relationnels des individus et que les actions du PCS créent souvent des « impacts en chaîne » sur les dimensions du bien-être. En outre, le partenariat apparaît comme un élément essentiel permettant de réaliser des économies d'échelle, d'éviter les doublons et de construire des projets dans lesquels la complémentarité des partenaires est importante. Les PCS ont cherché avant tout à améliorer la situation des personnes les plus précarisées en tenant compte des types de problèmes qu'elles rencontrent (solitude, détresse, problèmes relationnels, manque de formation, etc.) et de leurs attentes, et ont conduit à une reprise en main de leur vie et à de véritables processus de changements.

¹⁰ Portail de la Cohésion sociale, <http://cohesionsociale.wallonie.be/sites/default/files/Evaluation%20PCS%202009-2013.pdf>

Le **Plan Habitat permanent** (Plan HP) vise à favoriser l'accès au logement aux personnes qui habitent dans un équipement touristique. Un état des lieux de son suivi est opéré annuellement : en chiffres absolus, le phénomène HP a amorcé une légère baisse avec 171 unités de moins sur les 8764 habitants permanents recensés fin 2014 dans les 29 communes concernées. En valeur cumulée sur les années 2004 à 2014, 2283 ménages se sont relogés, encouragés (ou non) par la dynamique liée au Plan HP. Une évaluation quinquennale du plan doit avoir lieu en 2017.

En ce qui concerne les **Gens du Voyage**, les conditions et infrastructures d'accueil en Wallonie se sont développées dans onze communes liées par convention à la Wallonie, et ont permis à 50 groupes et 674 caravanes de séjourner en 2015 sur le territoire wallon dans des conditions plus dignes de leur mode de vie itinérant.

L'ensemble de ces mesures prises en Wallonie contribuent à la mise en œuvre des objectifs de développement durable en lien avec ceux poursuivis par la Charte sociale européenne, particulièrement pour ce qui concerne les cibles visant à ne laisser personne de côté et à lutter contre toute forme de discrimination.

4. Réponse à la Réclamation Collective

4.1. Entités fédérées

4.1.1. Autorité flamande

Complément du domaine politique flamand Chancellerie et Gouvernance publique (KB), dans une perspective d'intégration et d'intégration civique, à la contribution du domaine politique flamand Aide sociale, Santé publique et Famille (WVG)

“Selon le décret du 7 juin 2013 relatif à l'intégration, les gens du voyage constituent un groupe cible particulier de la politique d'intégration. Sur la base de la compétence horizontale en matière de politique d'intégration, le ministre de l'intégration et de l'intégration civique entend, en concertation avec les départements concernés et le Forum des minorités, faire le point sur la situation actuelle, identifier les problèmes et, au besoin, rechercher des solutions à la situation des gens du voyage, quand des problèmes se posent en termes de participation et d'accès à la prestation de services sociaux”.

4.1.2. Fédération Wallonie-Bruxelles

Cabinet de Monsieur le Ministre Prévot (Vice-président et Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine)

Extrait de la Déclaration de politique régionale :

Le Gouvernement veillera à :

- soutenir les pouvoirs locaux dans leurs projets communaux d'aménagement d'espaces pour le séjour des gens du voyage et finaliser l'inventaire des terrains disponibles pour l'accueil de grands groupes ;
- élaborer une réglementation organisant le séjour temporaire des gens du voyage sur le territoire des communes.

L'accueil concerté

En résumé, les Gens du Voyage séjournent le long de grands axes :

- la dorsale wallonne : de Mons à Verviers en passant par Namur, Huy et Liège ;
- le bassin économique bruxellois : le Brabant wallon et le Nord du Hainaut ;
- l'axe Bruxelles-Arlon, c'est-à-dire les communes limitrophes de la N4 ;
- l'axe des pèlerinages Beauraing-Banneux (surtout durant l'été) ;

90% des demandes de séjour des Gens du Voyage dans les communes concernent la période du 1er mars au 31 octobre. Sauf exception (rassemblement, pèlerinages, conventions,...), la taille des groupes ne dépasse pas 30 caravanes (pour 82% des cas). La durée du séjour varie de 15 à 21 jours.

Rappelons que nous menons un accueil concerté à des gens du voyage, notamment avec le soutien du centre de médiation des gens du voyage et des Roms en Wallonie. Un soutien à certaines communes pilotes s'est accru, puisque onze communes – Amay, Hotton, Namur, Mons, Ottignies, Sambreville, Verviers, mais aussi Ath, Charleroi, Bastogne et Wasseiges – bénéficient d'une convention signée avec le Gouvernement wallon.

Ces conventions visent à coordonner l'octroi d'aides régionales aux communes pour assurer un accueil de qualité des gens du voyage sur leur territoire. La principale force du programme est incontestablement la qualité de l'organisation et de l'accueil. Les outils organisationnels et humains utilisés par les communes ont, en effet, permis de gérer efficacement le séjour temporaire des groupes de gens du voyage.

En ce qui concerne les terrains

Le Gouvernement wallon travaille donc à la possibilité d'imposer une programmation territoriale d'un certain nombre de terrains par province, de manière à répartir aussi, sur notre territoire, la prise en charge de ces groupes de gens du voyage de manière plus équitable et plus appropriée, apportant ainsi une réponse judicieuse à cet enjeu.

Un développement des aires d'accueil pérennes va être maintenant proposé en définissant une programmation territoriale provinciale de sorte à créer de nouvelles aires sur tout le territoire de la Wallonie. Une répartition provinciale est prévue à cette fin.

Cabinet de Madame la Ministre Tillieux (Ministre de l'Emploi et de la Formation)

Au sein du département de l'emploi et de la formation professionnelle, différentes mesures existent. Il s'agit des conditions d'accueil que les communes pilotes s'inscrivant dans l'appel à projet portant sur la mise en œuvre locale de la gestion du séjour temporaire des gens du voyage doivent mettre à disposition.

La convention de partenariat prévoit, entre autres, les éléments suivants :

- La commune s'engage à organiser le séjour des Gens du Voyage sur son territoire et ce, même en l'absence d'un terrain aménagé.
- La commune prévoit un/des lieu(x) provisoire(s) permettant de répondre à la demande de groupes.
- La commune désigne une personne de référence qui assure, pour compte de la commune, la gestion quotidienne du séjour temporaire des gens du voyage, coordonne le séjour dans sa dimension d'accueil (information claire du groupe sur la période de séjour et la gestion des déchets), coordonne le séjour dans sa dimension technique (raccordement à l'eau, à l'électricité, des toilettes mobiles, le ramassage des immondices), ...

- La commune s'engage à respecter les conditions suivantes :

Localisation :	Endroit salubre et à proximité des moyens de transport public donnant accès aux équipements scolaires, à l'approvisionnement et aux autres contacts sociaux	
Travaux :		
Voirie :	accès facile pour les véhicules avec revêtement adapté	espaces réservés à la circulation des véhicules
Egouttage :	au moins une fosse septique	évacuation des eaux de surface et des eaux usées
Eau :	au moins un raccordement commun	conduites d'alimentation en eau
Sécurité Incendie :	une bouche d'incendie	bouches et bornes nécessaires
Electricité	au moins un raccordement commun	
Eclairage public		des voiries
Abords communs		gazonnage, plantations, mobilier urbain, piétonniers
Salubrité	prise de dispositions pour la collecte régulière des ordures ménagères	

4.1.3. Communauté germanophone

Etant donné que les gens de voyage ne s'installent que très rarement en CG, la CG n'a pas prévu des dispositions spécifiques pour ce public cible. Néanmoins, ils sont libres de faire appel à toutes les institutions publiques de la même manière que la population autochtone. Vu la taille de la CG, en cas d'urgence, les différents acteurs fonctionnent très rapidement et de façon concertée pour répondre à des besoins spécifiques.

ANNEXES DU RAPPORT

En annexe de ce rapport, vous trouverez les annexes reçus par des institutions fédérées et entités fédérées de la Belgique.