

**Revue belge
de
sécurité sociale**

2 2021

ISSN 0035-0834

Dépôt légal : D/2022/11.857/4

Les travaux signés ou reproduits sous le couvert d'une indication de source dans cette publication n'engagent que la responsabilité de leur auteur et ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion du Service public fédéral Sécurité sociale.

SOMMAIRE

**DEVELOPPEMENT D'UN INDICATEUR SYNTHETIQUE D'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX.
L'ISADF EN REGION WALLONNE**

229

CHRISTINE RUYTERS ET ISABELLE REGINSTER

COMITES DE PATIENTS EN BELGIQUE : UN FORUM HYBRIDE AU SERVICE DE L'HOPITAL ?

267

BERNARD VOZ, JEAN-FRANÇOIS ORIANNE ET BENOIT PETRE

DEVELOPPEMENTS DE L'EUROPE SOCIALE

**DIGEST EUROPEEN - DIGEST INTERNATIONAL.
JANVIER - MARS 2021**

287

DENIS BOUGET ET BART VANHERCKE

DEVELOPPEMENT D'UN INDICATEUR SYNTHETIQUE D'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX. L'ISADF EN REGION WALLONNE

PAR | **CHRISTINE RUYTERS* et ISABELLE REGINSTER****

* Sociologue, Chargée de recherche, IWEPS Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique

** Docteur en Sciences géographiques, Chargée de recherche, IWEPS Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique

1. INTRODUCTION

Les enjeux et défis auxquels nos sociétés sont confrontées ces dernières années¹ réactivent les questions d'accès aux droits humains ainsi que les problèmes d'équité et d'égalité dans ces accès. Récemment, la pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve les sociétés, les gouvernements, les communautés et les individus. Elle a donné lieu à la restriction d'un large éventail de droits et de libertés et a creusé le fossé des inégalités. Elle a aussi mis en évidence et accentué un certain nombre de problèmes persistants, parmi lesquels la vulnérabilité de certains groupes de population, et démontré l'importance d'un cadre solide en matière de droits humains pour l'action des autorités à tous les niveaux de pouvoir. Néanmoins, il est aussi largement reconnu que la situation aurait été bien plus grave encore sans les interventions des politiques publiques et des systèmes de sécurité sociale qui ont joué un rôle de stabilisateurs économiques et d'amortisseurs sociaux essentiels, atténuant les risques qui menaçaient les économies, les marchés du travail et, surtout, les populations vulnérables.

Pour mener à bien sa mission de promotion et de contrôle des droits humains, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a développé des outils opérationnels, concrets et pratiques, qui permettent aux pays et aux régions (1) d'élaborer des politiques et des programmes publics qui facilitent la réalisation des droits humains et (2) de mesurer leur mise en œuvre. Il convie les Etats et les Régions, en particulier les instituts de statistique, à développer et utiliser des indicateurs statistiques d'accès aux droits humains².

L'objectif de cet article est de décrire les différentes étapes de la construction d'un indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) au niveau local pour la Wallonie.

(1) Par exemple, dans les domaines de la migration et de la sécurité.

(2) OHCHR, Indicateurs des droits de l'homme. Des outils pour mesurer les progrès réalisés, <https://www.ohchr.org/FR/Issues/Indicators/Pages/HRIndicatorsIndex.aspx> (consulté le 21 décembre 2021).

L'ISADF est développé au sein de l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), à la demande du Gouvernement wallon, dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique de cohésion sociale³. La territorialisation de l'ISADF à l'échelle des communes correspond au lieu de mise en œuvre de la politique de cohésion sociale.

L'ISADF est un outil opérationnel, concret, pratique et aisément compréhensible qui fournit aux communes un cadre harmonisé d'indicateurs qui permettent à l'ensemble des acteurs locaux de réaliser des diagnostics territoriaux intersectoriels, de prioriser leurs objectifs et d'orienter leurs actions en intégrant la préoccupation majeure de l'effectivité de l'accès équitable de tous aux droits fondamentaux et au bien-être collectif.

Parmi ces droits, le droit à la sécurité sociale, consacré en Belgique depuis 1994 par l'article 23 de la Constitution, est formellement érigé au rang de droit de l'homme. Dans le cadre de cet exercice, il se distingue notamment par sa particularité de transversalité. En effet, en Belgique, le système de sécurité sociale vise un double objectif : la prévention de la pauvreté monétaire et la protection du niveau de vie de toutes les personnes touchées par un risque social (Vleminckx, K., 2019). Ce risque social peut concerner notamment le travail ou la santé, qui sont d'autres droits fondamentaux. L'analyse de la crise sanitaire et socioéconomique de la COVID-19 depuis mi-février 2020 est une illustration récente de cette transversalité et de l'importance de l'accès effectif aux droits à la sécurité sociale. En Belgique, les conséquences sociales directes de la crise du coronavirus ont été atténuées en partie par le système de protection sociale existant, élargi au cadre de la crise (Barrez, J. et Van Dam, R., 2020).

La construction et le développement de l'ISADF s'inscrivent dans une démarche d'expérimentation sociale qui s'appuie sur un travail collectif et participatif avec de nombreux acteurs engagés dans la promotion, la réalisation et le contrôle des droits humains. Cette dimension collective et participative du processus de développement de l'ISADF s'inscrit légitimement dans l'esprit de la démarche.

Cet article est structuré en sept parties. Après l'introduction, la deuxième partie établit le cadre juridique et conceptuel de l'ISADF. La troisième partie développe le cadre méthodologique, qui articule les principes directeurs du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et ceux du Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS) au sein du Conseil de l'Europe (COE). Ils ont en commun d'aider à l'élaboration d'outils de connaissance adaptables à différents contextes territoriaux et institutionnels. La quatrième partie expose le processus d'élaboration de l'indicateur synthétique. La cinquième présente les résultats. La sixième aborde la

(3) Cette politique a été programmée pour la première fois en 2008 (pour la période 2009-2013) et reconduite en 2013 (pour la période 2014-2019) et en 2018 (pour la période 2020-2025). Elle vise à encourager et soutenir toutes les communes francophones candidates pour renforcer l'accès effectif de leurs citoyens aux droits fondamentaux et assurer, à travers un plan d'action transversal concerté entre tous les acteurs du territoire, la construction d'un bien-être économique, social et culturel durable pour tous, en permettant à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu.

question de l'usage de ces indicateurs. Enfin, la septième partie tire les conclusions de l'exercice et dresse les perspectives de son développement.

2. CADRE JURIDIQUE ET CONCEPTUEL : LES DROITS HUMAINS AU NIVEAU INTERNATIONAL, EUROPEEN ET BELGE

2.1. LA DECLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME

La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) adoptée le 10 décembre 1948 à Paris⁴ constitue le document le plus universel des droits de l'homme sur le plan international. Elle décrit trente droits fondamentaux qui constituent les fondements d'une société démocratique, postulant l'unité de la nature humaine, la valeur intrinsèquement identique de tous les êtres humains et la prééminence de la personne sur le groupe.

Cette Déclaration universelle a été complétée et renforcée, 18 ans plus tard, par les deux pactes adoptés le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 2200 A (XXI) : le Pacte international sur les droits civils et politiques (PIDCP)⁵ et le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)⁶. Ces deux Pactes constituent le point de départ du processus international de concrétisation normative des droits de l'homme. Depuis, ceux-ci ont été consacrés par de nombreuses conventions et traités internationaux, ratifiés par les Etats, qui déploient des effets juridiques (Lafourcade, M., p. 54, 2018).

Quelles que soient les manières d'appréhender les droits de l'homme, un principe commun découle du sens même de leur construction. Ce principe établit que tous les droits sont :

- universels – ces droits prévalent, quels que soient les systèmes politiques, économiques ou culturels ;
- inaliénables – ces droits sont inhérents à toute personne et aucun individu ou groupe ne peut en être déchu, sauf dans des cas spécifiques et dans le cadre d'une procédure régulière ;
- indissociables – l'amélioration de la réalisation de tout droit humain dépend de la réalisation des autres droits des êtres humains ;
- interdépendants – le degré de jouissance d'un droit dépend du degré de réalisation des autres droits ;
- indivisibles – les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels sont aussi importants les uns que les autres. L'amélioration de la réalisation d'un droit ne peut pas se produire au détriment de l'exercice d'un autre droit (Nations Unies, pp. 12-13, 2012).

(4) La Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

(5) Pacte international sur les droits civils et politiques (PIDCP), <https://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/pacte-international-droits-civils-politiques.pdf>.

(6) Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), <https://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/pacte-international-droits-economiques-sociaux-culturels.pdf>.

Les droits de l'homme n'ont pas vocation à se substituer aux droits fondamentaux nationaux. Ils les complètent afin d'offrir la protection la plus étendue aux personnes, soit en cas d'inapplication ou de mauvaise application des droits fondamentaux ou encore à défaut de droit fondamental consacré au niveau national. Par rapport aux droits fondamentaux nationaux dont ils sont issus, « ils possèdent une qualité supplémentaire, celle de revendiquer l'existence d'une garantie analogue au niveau international, une reconnaissance commune par la communauté des Etats » (Lafourcade, M., p. 52, 2018).

2.2. LA CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DANS L'UNION EUROPEENNE

Proclamée en 2000 et juridiquement contraignante depuis 2009, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne⁷ est un instrument puissant qui sert à protéger, promouvoir et consolider un large éventail de droits liés à la dignité humaine, à la liberté, à l'égalité et à la solidarité.

Depuis 2009, la Charte a le même statut juridique que les traités, le droit primaire de l'Union sur lequel se fonde la législation de l'Union européenne. Les institutions européennes doivent s'y conformer dans toutes leurs actions. La Charte s'applique également aux Etats membres lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'Union.

Le 2 décembre 2020, la Commission européenne a présenté une nouvelle stratégie visant à garantir que la charte est appliquée au maximum de son potentiel, faisant des droits fondamentaux une réalité pour tous afin de ne laisser personne pour compte. Cette stratégie est axée sur quatre piliers : (1) une application effective par les Etats membres, (2) un renforcement des moyens d'action des organisations de la société civile, des défenseurs des droits et des professionnels de la justice, (3) une charte qui guide l'action des institutions de l'UE et (4) une sensibilisation accrue des citoyens.

2.3. LES DROITS CONSTITUTIONNELS DE LA BELGIQUE

Les droits constitutionnels des Etats s'attachent à définir un catalogue de droits fondamentaux, dont certains seulement sont consacrés par les instruments internationaux. Ces droits fondamentaux restent limités aux confins de la juridiction des Etats dans lesquels ils puisent leurs sources et garanties. Les Etats sont invités à assurer la meilleure protection de ces droits. Il leur est interdit de faire moins que le standard international, sous peine d'engager leur responsabilité sur la scène internationale.

Les droits fondamentaux proposés dans la constitution belge (Titre II) de 1831 ont été actualisés au cours du temps, notamment à la faveur des révisions constitutionnelles qui se sont succédé à partir des années 1970. Des droits existants ont été étendus et de nouveaux droits ont été ajoutés. L'insertion de l'article 23, qui consacre le droit de chacun « de mener une vie conforme à la dignité humaine » (alinéa 1er) est beaucoup

(7) Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, JO C 326 du 26 octobre 2012, p. 391.

plus récente (1994). Elle fait suite à la ratification par la Belgique de la Charte sociale européenne le 16 octobre 1990. Cet article 23 dresse une liste non exhaustive des droits sociaux, au sens large de l'expression (alinéa 3)⁸. Elle a été complétée en 2014⁹ en reprenant explicitement le droit aux prestations familiales¹⁰, en sus du droit à la sécurité sociale qui figurait déjà à l'article 23.

L'alinéa 2 de cet article 23 charge chaque législateur de garantir le respect des droits économiques, sociaux et culturels¹¹. En effet, en vertu des lois fédérales spéciales, dites de réformes institutionnelles¹², les entités fédérées au sein de l'Etat belge (les régions et les communautés) peuvent également, dans les limites des compétences qui leur sont attribuées, consacrer des droits dans le domaine social, sans que ces droits aient une valeur constitutionnelle. En revanche, la Constitution confie à chaque législateur – fédéral, régional et communautaire – la charge d'assurer le respect des droits sociaux, dans l'exercice des compétences qui sont les leurs (Joassart, P., Rasson-Roland, A. et Verdussen, M., pp. 153-154, 2016).

2.4. DIMENSION SOCIALE ET COLLECTIVE DES DROITS SOCIAUX BELGES

La Constitution belge ne proclame pas, en des termes généraux, le caractère social de l'Etat. Les droits sociaux consacrés par l'article 23 de la Constitution sont des droits individuels, et non des droits collectifs¹³. Sont visées par ces droits tant les personnes physiques que les personnes morales. Selon le prescrit de l'article 23, alinéa 2, l'obtention des droits sociaux, économiques et culturels s'accompagne automatiquement et indissolublement du devoir du citoyen de contribuer à leur réalisation, c'est-à-dire de collaborer au progrès social et économique de la société dans laquelle il vit (Joassart, P., Rasson-Roland, A. et Verdussen, M., pp. 154-155, 2016).

(8) Le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle ; le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitable ; le droit d'information, de consultation et de négociation collective ; le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ; le droit à un logement décent ; le droit à l'épanouissement social.

(9) Le 6 janvier 2014, au moment du transfert de cette matière aux communautés et à la Commission communautaire commune pour ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale.

(10) Le droit aux prestations familiales existait déjà avant son insertion à l'article 23 de la Constitution. Son insertion dans un alinéa spécifique de l'article 23 a suscité de nombreux débats. Pour des précisions sur ce thème, voyez Flohimont, V. et Neven, J.-F., Allocations familiales : les enjeux du transfert à mi-parcours, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 2, pp. 227-264, 2015, <https://socialsecurity.belgium.be/fr/publications/revue-belge-de-securite-sociale/2015>.

(11) Le texte de l'article 23, alinéa 2, de la Constitution stipule en effet que : « la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice ».

(12) La structure fédérale belge confère aux collectivités fédérées (les régions et les communautés) – dont le statut est réglé par la Constitution et par des lois fédérales, le plus souvent spéciales, dites « de réformes institutionnelles » – le bénéfice d'une certaine autonomie organisationnelle qui leur permet de déroger aux dispositions qui sont arrêtées par l'autorité fédérale pour toutes les collectivités fédérées.

(13) « Pour autant, le caractère individuel de ces droits n'exclut nullement qu'ils puissent revêtir une dimension collective, dans la mesure où ils s'exercent en commun », Joassart, P., Rasson-Roland, A. et Verdussen, M., p. 154, 2016.

Cependant, le nouveau Titre Ier bis inséré dans la Constitution lors de la révision constitutionnelle du 25 avril 2007 aux fins d'y fixer les « objectifs de politique générale de la Belgique fédérale, des communautés et des régions », prévoit, en sa seule disposition qui y figure à ce jour, que « dans l'exercice de leurs compétences respectives, l'Etat fédéral, les communautés et les régions poursuivent les objectifs d'un développement durable, dans ses dimensions sociale, économique et environnementale, en tenant compte de la solidarité entre les générations » (article 7bis) (Joassart, P., Rasson-Roland, A. et Verdussen, M., pp. 156-157, 2016). Ce nouveau Titre Ier bis reconnaît de facto le caractère social de l'Etat et la dimension collective des droits, particulièrement bienvenus en ce moment de l'histoire marqué par la fragmentation de l'universalisme des droits de l'homme.

Désormais, « l'ensemble des parties prenantes doit assumer sa part dans une nouvelle éthique de l'agir collectif pour penser la vie digne et la traduire en actions, de l'échelon local à l'échelon global » (Lafourcade, M., p. 110, 2018).

3. CADRE METHODOLOGIQUE POUR LA CONSTRUCTION DE L'ISADF : UNE ARTICULATION DE DEUX APPROCHES COMPLEMENTAIRES

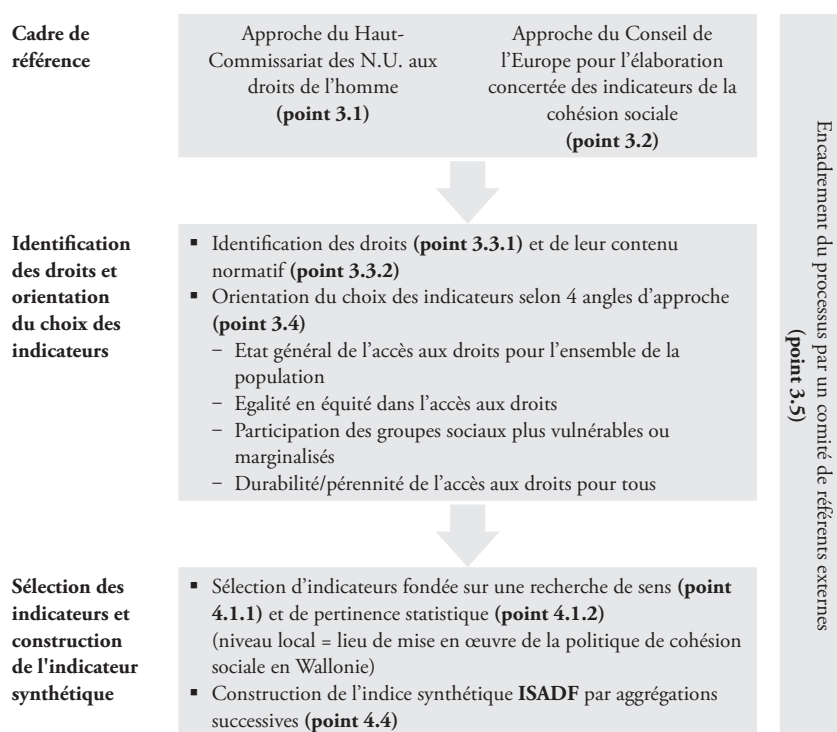
Le cadre juridique et conceptuel ayant été posé, il importe maintenant de s'intéresser à l'effectivité des droits. Pour ce faire, un cadre méthodologique strict et préétabli est nécessaire.

Le cadre méthodologique qui préside à l'élaboration de l'ISADF articule deux approches : celle du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) pour la conception d'indicateurs des droits de l'homme¹⁴ d'une part, celle du Conseil de l'Europe (COE) pour l'élaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale¹⁵ d'autre part. Les principes directeurs du HCDH ont contribué à identifier les droits fondamentaux à prendre en considération dans l'ISADF ainsi que les caractéristiques du contenu normatif de chacun d'entre eux. Les principes directeurs du COE ont, quant à eux, orienté la détermination des paramètres de mesure.

Le schéma méthodologique (figure 1) permet d'illustrer l'enchaînement des étapes de la construction de l'indice, qui sont développées dans les sections suivantes.

(14) Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Indicateurs des droits de l'homme. Guide pour mesurer et mettre en œuvre*, Nations Unies, Genève et New York, 2012.

(15) Conseil de l'Europe, *Elaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale – Guide méthodologique*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 234 p., 2005.

FIGURE 1 : SCHEMA METHODOLOGIQUE DE LA CONSTRUCTION DE L'ISADF

3.1. APPROCHE DU HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME (HCDH) POUR LA CONCEPTION D'INDICATEURS DES DROITS DE L'HOMME

Pour mener à bien sa mission de promotion et de contrôle des droits de l'homme, le HCDH a développé des outils opérationnels, concrets et pratiques, qui permettent aux pays et aux régions (1) d'élaborer des politiques et des programmes publics qui facilitent la réalisation des droits de l'homme et (2) de mesurer leur mise en œuvre. Utilisés de façon appropriée, ces outils contribuent à évaluer les progrès réalisés afin de permettre aux populations concernées d'exercer leurs droits fondamentaux.

Pour encourager les acteurs nationaux et internationaux à appliquer ces outils, le HCDH a procédé à l'élaboration d'un guide de référence¹⁶ qui propose un cadre conceptuel, méthodologique et pratique permettant de traduire le contenu normatif des droits humains en indicateurs pertinents, adaptés aux contextes particuliers d'application et réalisables concrètement. Ces indicateurs ont été soumis à un processus de validation par des experts issus des organisations internationales des droits de l'homme, des

(16) Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Indicateurs des droits de l'homme. Guide pour mesurer et mettre en œuvre*, Nations Unies, Genève et New York, 2012.

universitaires, des experts de la société civile, des parties prenantes nationales et des organismes statistiques.

ENCADRE 1 : CADRE METHODOLOGIQUE DU HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME POUR LA CONCEPTION D'INDICATEURS DES DROITS DE L'HOMME

Le cadre méthodologique du HCDH préconise le recours à trois catégories d'indicateurs : (1) des indicateurs de structure, (2) des indicateurs de processus et (3) des indicateurs de résultat. Ensemble, ils permettent de favoriser une large couverture des divers aspects ou caractéristiques de la réalisation des droits considérés. Les premiers traduisent l'engagement par l'Etat d'adopter des mesures visant à réaliser chacun des droits considérés. Les deuxièmes visent à mesurer l'effort effectif de l'Etat. Ils rendent compte de la réalisation progressive du droit considéré ou des efforts entrepris par les autorités pour obtenir le résultat escompté ou s'en approcher. Les troisièmes renseignent sur la réalisation individuelle et collective des droits humains dans un contexte donné. Ils traduisent les effets cumulés de divers processus sous-jacents.

Le principe directeur est de définir pour chaque caractéristique de chaque droit au moins un indicateur de résultat qui puisse être étroitement rattaché à la réalisation ou à la jouissance de ce droit ou de cette caractéristique. Cela facilite la fixation des priorités et le ciblage des efforts.

« Le choix de tous les indicateurs doit être guidé par le constat de leur utilisation effective. Si les indicateurs identifiés ne vérifient pas cette adéquation pratique, ils ne seront pas des outils de suivi utiles [...] ».

« La pertinence contextuelle des indicateurs est fondamentale pour leur acceptabilité par les usagers potentiels. Le niveau de développement et de réalisation des droits de l'homme varie selon les pays et selon les régions d'un même pays. Il en résulte des différences dans la nature des institutions, les politiques et les priorités de l'Etat. Par conséquent, il ne sera pas possible de disposer d'un ensemble universel d'indicateurs pour évaluer la réalisation des droits de l'homme [...] Aussi, convient-il de trouver le juste dosage entre les indicateurs qui ont une pertinence universelle et ceux qui sont propres au contexte considéré, car les deux sont nécessaires ».

Revue de l'OCDE sur le développement, Chapitre 10 « Indicateurs de conformité avec les instruments internationaux sur les droits de l'homme », vol. 9, n° 2, pp. 178-182, 2008.

3.2. APPROCHE DU CONSEIL DE L'EUROPE POUR L'ELABORATION CONCERTEE DES INDICATEURS DE COHESION SOCIALE

Améliorer l'accès effectif aux droits sociaux fondamentaux pour tous les citoyens, particulièrement ceux qui sont menacés par la pauvreté ou l'exclusion, est au cœur de la Stratégie de cohésion sociale du Conseil de l'Europe. Selon Nicolas Lebrun (2009), qui analyse la manière dont les concepts de cohésion sociale et d'inclusion sociale ont été investis par l'Europe, la cohésion sociale se fonde « sur une prise de conscience des gouvernements que nos sociétés produisent toujours des inégalités qui excluent une partie de la population des bénéfices du progrès social et qui fragilisent la stabilité et la cohésion de l'ensemble ».

Le Conseil de l'Europe, dans son Guide méthodologique consacré à l'*Elaboration concertée d'indicateurs de la cohésion sociale* (2005), définit la cohésion sociale comme « la capacité de la société d'assurer le bien-être (matériel et immatériel) de tous ses membres – en réduisant les disparités et en évitant la marginalisation – à gérer les différences et les divisions, et à se donner les moyens d'assurer la protection sociale de l'ensemble de ses membres ».

Selon cette organisation internationale, la stratégie de cohésion sociale relève d'une volonté de lutter contre les facteurs de division, de s'assurer que développement économique et développement social aillent de pair et de faire de la cohésion sociale un fondement pour le développement durable et la sécurité démocratique.

Dans son article « Quelle lutte contre la pauvreté au XXI^e siècle » (2012), Gilda Farrell, Chef de la Division pour la Recherche et le Développement de la Cohésion sociale au sein du Conseil de l'Europe, précise que l'approche de la cohésion sociale du Conseil de l'Europe s'appuie sur une éthique de coresponsabilité et d'interdépendance entre tous les acteurs (Etat, entreprises, société civile, citoyens), qui inclut le sens de l'intérêt mutuel, de l'appartenance collective et de la réciprocité, « ceci afin de réduire le pouvoir d'exclure, éviter que des décisions prises par certains aient des conséquences dramatiques sur la vie des autres » (Farrell, G., 2012). Elle encourage en outre à consolider les fondations démocratiques et les mécanismes du dialogue social et civique et à renforcer la confiance en l'avenir.

Le rôle du Conseil de l'Europe est d'aider les Etats membres à renforcer la cohésion sociale et à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Pour mener à bien sa mission, le COE a développé des méthodes et des outils visant à faciliter la mise en route, le suivi et l'évaluation de plans d'action pour la cohésion sociale. Ces outils peuvent s'adapter à différents contextes territoriaux (pays, région, commune, quartier) et institutionnels.

ENCADRE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE DU CONSEIL DE L'EUROPE (COE) POUR L'ELABORATION CONCERTEE DES INDICATEURS DE LA COHESION SOCIALE

Le cadre méthodologique du Conseil de l'Europe préconise, pour un suivi et une évaluation des politiques sociales axées sur les droits fondamentaux et le bien-être de tous, de prêter une attention particulière à la compréhension de l'étendue des inégalités dans l'accès aux droits et aux différentes composantes du bien-être. Ces composantes, matérielles et immatérielles, doivent idéalement être définies par rapport à chaque contexte d'application, afin de leur donner un caractère concret, adaptable par chacun et qui responsabilise, au sens large, les différents acteurs (publics, privés et citoyens).

Ce cadre détermine les paramètres de la mesure et oriente le choix des indicateurs. Ceux-ci doivent permettre d'identifier et d'évaluer :

- les différents niveaux de conditions de vie parmi les populations partageant « un espace congruent de coexistence » (une ville, une commune, un village, un quartier, etc.), et les situations extrêmes. Le but de cette identification est de permettre la détermination d'objectifs concrets de progrès afin que les populations puissent jouir d'une qualité de vie digne ;
- les facteurs de division dans la société (notamment le fossé entre pauvres et riches, a fortiori quand il est persistant) qui peuvent menacer la paix sociale ;
- toutes les formes de discrimination, de vulnérabilité et d'insécurité de certains individus ou groupes de population, qui influent sur le niveau de réalisation des droits fondamentaux de ces mêmes individus ou groupes ;
- les biens et services publics (voire communs) nécessaires au bien-être de tous (les espaces verts, les transports, des services publics accessibles dans des périmètres raisonnables, sans difficulté d'accès, où chacun reçoit le même traitement et jouit des mêmes prestations, l'éducation, la santé, des espaces de récréation et d'expression de la créativité) et les carences dans la disponibilité et dans l'accessibilité de ces biens essentiels au bien-être de tous. Ceci devrait conduire à une prise de conscience des phénomènes de ségrégation (ghettoïsation, séparation d'espaces d'éducation, de consommation, de loisirs, d'expression publique et artistique, ...) et à leur impact à long terme sur le maintien de l'équité dans l'accès à ces biens et services (éducation, santé, culture, etc.).

Les indicateurs ont comme rôle de permettre d'apprécier si les actions, prises individuellement, satisfont à ces différents critères, et dans quelle mesure elles y satisfont. Les outils de synthèse doivent, quant à eux, permettre d'obtenir une vision d'ensemble et de dégager des objectifs, une hiérarchie de priorités ainsi qu'une stratégie d'actions. Ils permettent de mettre en évidence les aspects dynamiques, tels que les tendances (comparaisons dans le temps), les seuils atteints, les points faibles, les ruptures, les discontinuités, les inadéquations entre situations et actions.

Conseil de l'Europe, *Elaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale – Guide méthodologique*, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 234 p., 2005.

3.3. APPLICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS DU HCDH POUR L'IDENTIFICATION DES DROITS FONDAMENTAUX ET LA DETERMINATION DE LEUR CONTENU

L'identification des droits fondamentaux et la détermination de leur contenu reposent sur l'examen des principaux instruments internationaux, nationaux, régionaux et communautaires¹⁷.

3.3.1. Identification des droits fondamentaux à prendre en considération dans l'ISADF

Le premier objectif opérationnel consiste à sélectionner, parmi l'ensemble des droits humains répertoriés dans les instruments juridiques visés, ceux qui sont pertinents pour la politique de cohésion sociale en Wallonie, c'est-à-dire ceux qui traduisent l'engagement de la Région d'adopter des mesures visant à réaliser chacun de ces droits considérés, en particulier dans le contexte de sa programmation du Plan de cohésion sociale (PCS).

La sélection s'est concentrée sur les droits fondamentaux économiques, sociaux et culturels, sans ignorer toutefois leur interdépendance avec les droits civils et politiques.

TABEAU 1 : DROITS FONDAMENTAUX PRIS EN CONSIDERATION DANS L'ISADF

1	Droit à un revenu conforme à la dignité humaine
2	Droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité
3	Droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale
4	Droit à la sécurité sociale, à l'assurance santé, à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales
5	Droit à l'éducation, à l'enseignement et à la formation continue
6	Droit à l'information, à l'usage du numérique, des technologies de l'information et de la communication
7	Droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau
8	Droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté
9	Droit à la mobilité
10	Droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle ; droits syndicaux
11	Droit au respect de la vie privée et familiale ainsi qu'à la conciliation vie familiale et vie professionnelle

(17) La Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention européenne des droits de l'homme, la Charte sociale européenne, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civiques et politiques, le Document final du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, la Convention internationale sur les droits de l'enfant (1989) ratifiée par la Belgique en 1991, la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées, la Constitution belge, la Loi du 29 juin 1983 de la Communauté française concernant l'obligation scolaire, le décret définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre du 24 juillet 1997, le Code de la démocratie locale et de la décentralisation (2004).

12	Droit à la participation citoyenne et démocratique
13	Droit à l'épanouissement social et culturel

3.3.2. Détermination du contenu normatif des droits

La détermination du contenu normatif des droits permet aux pays et régions d'élaborer des politiques et des programmes publics et d'évaluer les progrès qu'ils ont réalisés pour permettre à leurs populations d'exercer leurs droits fondamentaux. Selon les directives du HCDH, cette détermination revient à sélectionner un nombre limité de caractéristiques qui permettent de concrétiser le contenu normatif des droits et de les catégoriser de façon à faciliter le choix des indicateurs appropriés.

Les caractéristiques sélectionnées par l'IWEPS en concertation avec le comité de référents tendent à couvrir assez largement – sans doute trop – le contenu normatif des droits retenus. Toutes n'étaient pas pertinentes dans le cadre du dispositif PCS, ou mobilisables en raison du socle de données disponibles à l'échelle locale. La motivation était de prévoir un cadre de mesure suffisamment large pour pouvoir, dès le départ, l'appliquer à d'autres dispositifs et usages.

Dans les développements de cet outil, il pourrait s'avérer utile de réorganiser, d'affiner ou, au contraire, de réduire les caractéristiques retenues pour chacun des droits. Ceci devrait être réalisé en fonction du contexte d'application et des objectifs stratégiques poursuivis, de la mesurabilité des caractéristiques normatives des droits ou encore en tenant compte de la validité et de la fiabilité des données disponibles ainsi que de leur pouvoir discriminant prédictif.

TABEAU 2 : CARACTERISTIQUES NORMATIVES RETENUES POUR CHACUN DES DROITS SELECTIONNES

1	Droit à un revenu conforme à la dignité humaine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accès de tous à un niveau de vie conforme à la dignité humaine pour assurer la santé et le bien-être pour tous ; ▪ amélioration constante des conditions d'existence (particulièrement pour les personnes sous le seuil de pauvreté).
2	Droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'abri de la faim ; ▪ accès à une alimentation saine, de qualité, nutritive et suffisante pour tous, tout au long de l'année ; ▪ accès à une alimentation qui vise à couvrir quantitativement et qualitativement les besoins diététiques en fonction de l'âge, de l'état de santé, des habitudes culturelles, en cohérence avec les convictions religieuses et philosophiques.
3	Droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jouissance du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint ; ▪ accès à des services de soins de santé dans des délais raisonnables et à un prix abordable ;

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ bénéfice de soins médicaux de qualité ; ▪ accès à la prévention en matière de santé ; ▪ accès à une assurance santé comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité, à des médicaments et vaccins essentiels, sûrs, efficaces, de qualité à un coût abordable.
4	Droit à la sécurité sociale, à l'assurance santé ¹⁸ , à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accès de tous à la sécurité sociale et aux services sociaux qualifiés assurant une protection en cas de chômage, maternité, maladie, accidents du travail, invalidité, veuvage, dépendance, vieillesse ou dans les autres cas de perte de moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de toute volonté (licenciement, protection des créances des travailleurs en cas d'insolvabilité de leur employeur, protection et assistance aux travailleurs migrants et à leur famille, protection des représentants des travailleurs dans l'entreprise, ...); ▪ protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, notamment par une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif aux droits.
5	Droit à l'éducation, à l'enseignement et à la formation continue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accès à un accueil de qualité et inclusif à la petite enfance ; ▪ accès à un enseignement obligatoire et gratuit, de qualité et inclusif jusqu'à la fin de l'obligation scolaire (entre 6 et 18 ans) ; ▪ accès de tous à l'enseignement supérieur en pleine égalité et en fonction des capacités de chacun par tous les moyens appropriés et notamment par l'établissement d'un système adéquat de bourses et par l'instauration progressive de la gratuité ; ▪ qualité de l'offre d'enseignement et de formation (nombre d'opérateurs, développement des réseaux scolaires, information et orientation scolaires et professionnelles, formation et encadrement des éducateurs, enseignants et formateurs, amélioration continue des conditions matérielles du personnel enseignant) ; ▪ mise en place d'aménagements raisonnables permettant à tout un chacun d'être formé dans de bonnes conditions ; ▪ accès à des établissements offrant un nombre de places suffisant situés à une distance raisonnable du lieu de vie ; ▪ reconnaissance de l'apprentissage non formel et informel ; ▪ droit des parents d'assurer l'éducation et l'enseignement de leurs enfants conformément à leurs convictions religieuses, philosophiques et pédagogiques ; ▪ accès de tous les individus à des possibilités de formation et d'apprentissage tout au long de la vie, surtout à ceux qui appartiennent à des groupes marginalisés ou négligés de longue date.

(18) Le lecteur remarquera la présence de l'assurance santé dans les cadres 3 et 4, ce qui met bien en évidence la transversalité de la sécurité sociale et n'invalide pas la démarche poursuivie.

6	Droit à l'information, à l'usage du numérique, des technologies de l'information et de la communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ respect pour toute personne de sa correspondance et de ses communications ; ▪ protection des données à caractère personnel ; ▪ accès de toute personne aux données collectées la concernant et droit d'en obtenir la rectification ; ▪ édification d'une société de l'information à dimension humaine, inclusive et privilégiant le développement ; ▪ utilisation de la technologie numérique pour améliorer les conditions de vie de tous et réduire la fracture numérique ; ▪ instauration et développement d'un environnement des TIC ouvert, sûr, pacifique et accessible.
7	Droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accès de tous à un logement à un coût abordable, adapté en fonction des besoins (prise en compte des personnes handicapées, personnes âgées, familles nombreuses, personnes isolées, gens du voyage, ...) ▪ disponibilité de logements et de logements sociaux (offre diversifiée de logements) ; ▪ qualité de l'habitat (isolation, salubrité, luminosité, ...), aménagement et entretien de l'habitat ; ▪ sécurité en matière d'habitat, en ce compris la prévention et la réduction du sans-abrisme ; ▪ droit à la propriété (accès à l'acquisition d'un logement, aide financière à l'acquisition d'un logement, accompagnement à l'acquisition d'un logement) ; ▪ accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable ; ▪ accès de tous à des services de base adéquats et sûrs, à un coût abordable.
8	Droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté	<ul style="list-style-type: none"> ▪ qualité de l'environnement et du milieu de vie ; ▪ accès de tous à des espaces verts et des espaces publics sûrs ; ▪ réaménagement et planification des villes et des établissements urbains (parcs publics aménagés, trottoirs adaptés, durée des feux, ...) de manière à promouvoir la cohésion sociale et la sécurité physique ainsi qu'à stimuler l'innovation et l'emploi ; ▪ protection de l'environnement et amélioration de sa qualité, réduction des effets néfastes produits par les activités urbaines et par les produits chimiques dangereux pour la santé et l'environnement ; ▪ réduction et recyclage des déchets ; ▪ utilisation plus rationnelle de l'eau et de l'énergie (utilisation rationnelle de l'éclairage public, ...) ▪ protection de la biodiversité biologique, des écosystèmes, de la flore et de la faune sauvage ; ▪ promotion d'un tourisme durable.
9	Droit à la mobilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ accès des individus à leurs activités quotidiennes. Ce droit conditionne la plupart des autres droits socio-économiques : se nourrir, travailler, se soigner, s'éduquer, se cultiver, avoir une vie sociale et politique, etc. ;

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ accès équitable aux moyens de circuler (possibilité pour tous de se déplacer), en prenant en considération le contexte territorial (localisation urbaine, périurbaine, rurale), le contexte social (accès financier aux moyens individuels de déplacement), le rythme des activités (travail de nuit par exemple), le degré de validité d'une personne, etc. ; ▪ aménagement du territoire et de l'espace public, notamment en prenant en considération l'accès des personnes handicapées aux transports et en veillant à favoriser un sentiment de sécurité dans la conception des espaces publics, de jour comme de nuit ; ▪ accès à des systèmes de transport sûrs, accessibles et viables, à un coût abordable, en améliorant la sécurité routière, notamment en développant les transports publics, et en luttant contre le vieillissement du parc automobile et la pollution des véhicules ; ▪ promotion de la mobilité douce et de la mobilité durable.
10	Droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle ; droits syndicaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ effectivité du droit de travailler, d'entreprendre et d'exercer une profession librement choisie ou acceptée ; ▪ dignité au travail ; ▪ temps de travail qui permet une rémunération suffisante pour assurer un niveau de vie satisfaisant [le travail doit pouvoir s'adapter à la vie de famille (horaire, distance du lieu de travail)] ; ▪ conditions de travail équitables et favorables, saines et sûres (en ce compris notamment la sécurité et l'hygiène de travail, des possibilités de promotion égales pour tous dans le travail, le repos, les loisirs, la limitation raisonnable de la durée du travail, les congés payés périodiques, la rémunération des jours fériés) ; ▪ salaire équitable et rémunération égale pour un travail de valeur égale sans distinction aucune [le salaire tiré d'un travail doit permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine] ; ▪ égalité des chances et de traitement en matière d'emploi et de profession, sans discrimination fondée sur les 19 critères dits « protégés »¹⁹ reconnus par la législation belge ; ▪ accès aux « aménagements raisonnables » pour les personnes handicapées ; ▪ protection en cas de licenciement ; ▪ accès à la formation et à l'orientation professionnelle pour choisir une profession conformément aux aptitudes personnelles et aux intérêts ; ▪ validation des compétences ; ▪ accès à l'information et à la consultation au sein de l'entreprise ; ▪ participation à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu de travail (droit d'affiliation à des syndicats pour la défense de ses intérêts, de négociation collective) ; ▪ droit de grève.

(19) Les 19 critères sont : le sexe, la langue, les cinq critères dits « raciaux » (prétendue race, couleur de peau, nationalité, ascendance et origine nationale ou ethnique), le handicap, les convictions philosophiques ou religieuses, l'orientation sexuelle, l'âge, la fortune, l'état civil, les convictions politiques, les convictions syndicales, l'état de santé, les caractéristiques physiques ou génétiques, la naissance, l'origine sociale.

11	Droit au respect de la vie privée et familiale ainsi qu'à la conciliation vie familiale et vie professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ droit au respect de toute personne concernant sa vie privée et familiale, son domicile ; ▪ droit de toute personne, à partir de l'âge nubile, sans aucune restriction, de se marier et de fonder une famille + droits égaux au regard du mariage durant le mariage et lors de sa dissolution ; ▪ droit d'être parent ou pas ; ▪ liberté de toute personne de poser des choix pour sa famille, de vivre et de s'installer avec qui elle veut, quels que soient son orientation sexuelle, son statut, ... ; ▪ protection des familles, accès à une assistance sociale, juridique et économique aussi large que possible, en particulier pour leur formation et aussi longtemps qu'elles ont la responsabilité de l'entretien et de l'éducation d'enfants à charge ; ▪ accès des mères à une protection spéciale, notamment contre tout licenciement pour un motif lié à la maternité, pendant une période raisonnable avant et après la naissance des enfants ; ▪ accès à un congé de maternité payé et à un congé parental à la suite de la naissance ou de l'adoption d'un enfant.
12	Droit à la participation citoyenne et démocratique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ droit de tout citoyen de prendre part à la direction des affaires publiques, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis ; ▪ droit de tout citoyen de voter et d'être élu au cours d'élections périodiques, honnêtes, au suffrage universel et égal et au scrutin secret ; ▪ droit de vote des étrangers, en ce compris la transmission des documents nécessaires pour voter ; ▪ droit de toute personne d'accéder, dans des conditions d'égalité, aux fonctions publiques de son pays, de sa région et de sa commune ; ▪ droit de la démocratie locale et de sa mise en œuvre par les communes (mécanismes de consultation, de participation (mise en place de budgets participatifs, ...)) ; ▪ droit de toute personne de voir ses affaires traitées impartialement, équitablement et dans un délai raisonnable par des institutions publiques transparentes, efficaces et responsables.
13	Droit à l'épanouissement social et culturel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ droit de chacun de connaître et de comprendre sa propre culture²⁰ et celle des autres par l'éducation et l'information ; ▪ droit de chacun – seul, en association avec d'autres ou au sein d'une communauté – d'exercer ses propres pratiques culturelles et de s'exprimer dans la langue de son choix ;

(20) « La culture comprend notamment le mode de vie, la langue, la littérature orale et écrite, la musique et la chanson, la communication non verbale, la religion ou les croyances, les rites et cérémonies, les sports et les jeux, les méthodes de production ou la technologie, l'environnement naturel et humain, l'alimentation, l'habillement et l'habitation, ainsi que les arts, les coutumes et les traditions, par lesquels des individus, des groupes d'individus et des communautés expriment leur humanité et le sens qu'ils donnent à leur existence, et construisent leur vision du monde représentant leurs rapports avec les forces extérieures qui influent sur leur vie. La culture façonne et reflète les valeurs de bien-être ainsi que la vie économique, sociale et politique d'individus, de groupes d'individus et de communautés », Observation générale n° 21, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, quarante-troisième session, p. 4, 2009.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ droit de chacun – seul, en association avec d'autres ou au sein d'une communauté – de participer ou de prendre part librement à la vie culturelle et sociale, de rechercher et de développer des connaissances et des expressions culturelles et de les partager avec d'autres, de prendre part aux activités créatrices et au développement de la coopération et des contacts internationaux dans le domaine de la culture ; ▪ mise en œuvre des conditions nécessaires à la participation à la vie culturelle : faciliter et promouvoir celle-ci et assurer l'accès aux biens et services culturels (en ce compris la fréquence des heures d'ouverture, le coût lié aux droits d'entrée ou d'abonnements, la connaissance des langues, ...), ainsi que leur préservation ; ▪ droit de chacun d'exercer des activités de volontariat/bénévolat.
--	--	--

3.4. APPLICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS DU COE POUR L'ORIENTATION DU CHOIX DES INDICATEURS

L'orientation du choix des indicateurs à partir des principes directeurs du COE repose sur une suite structurée de quatre questions génériques qui permet de vérifier dans quelle mesure les politiques adoptées et les actions menées : (1) impactent l'état général de l'accès effectif aux droits pour l'ensemble de la population, (2) assurent l'égalité et l'équité dans l'accès effectif au droit pour tous, (3) intègrent et encouragent la participation des groupes sociaux plus vulnérables ou marginalisés, exposés au risque de discrimination et (4) garantissent la durabilité de l'accès effectif aux droits pour tous.

Chacune de ces questions détermine le choix des indicateurs selon quatre angles d'approche :

- indicateurs de tendance centrale, qui mesurent l'état général de l'accès aux droits ;
- indicateurs de disparités socioéconomiques, qui mesurent des déséquilibres ou tensions au sein de la population dans les conditions d'accès aux droits ;
- indicateurs ciblés sur des publics sensibles ou vulnérables, exposés au risque de discrimination dans l'accès aux droits ;
- indicateurs ciblés sur des facteurs de stabilité ou de menace, qui impactent la durabilité de l'accès effectif aux droits pour tous.

Le tableau 3 présente le modèle de la matrice utilisée pour orienter le choix des indicateurs, résultant de l'application conjointe du cadre conceptuel et méthodologique du HCDH et du COE.

TABLEAU 3 : MODELE DE LA MATRICE UTILISEE POUR ORIENTER LE CHOIX DES INDICATEURS D'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX

Intitulé du droit			
Cadre normatif du droit Traités internationaux et autres instruments qui protègent le droit et contribuent à sa mise en œuvre : constitution, lois, conventions, décrets, principes, lignes directrices, ...			
Couverture du droit Les caractéristiques ou attributs qui reflètent l'essence du contenu normatif			
Indicateurs de résultat ventilés selon quatre angles d'approche			
Etat général de l'accès au droit pour tous	Déséquilibres/tensions socio-économiques dans les conditions d'accès au droit pour tous	Vérification de l'accès effectif au droit dans des situations sensibles (Considération de sous-groupes cibles)	Facteurs de stabilité versus de menace qui favorisent ou entravent l'accès durable au droit pour tous
Indicateurs	Indicateurs	Indicateurs	Indicateurs

3.5. VALIDATION DU CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE

L'élaboration et le développement du cadre conceptuel et méthodologique de l'ISADF s'inscrivent dans un processus de travail collectif, en collaboration avec de nombreux experts issus du milieu universitaire, d'organisations indépendantes de protection et de promotion des droits de l'homme²¹ ainsi que des institutions régionales et locales chargées de la mise en œuvre des dispositions légales visant à garantir à chaque citoyen de vivre dans les conditions respectueuses de la dignité humaine²² et à appliquer le dispositif PCS²³.

Ces experts référents ont collaboré à l'identification des droits et de leur contenu normatif, à la détermination des paramètres de mesure et à la sélection des indicateurs. Ils se sont réunis quatre fois entre mai 2018 et décembre 2018. L'objectif était, en s'appuyant sur les connaissances et l'expérience de chacun, de parvenir à une compréhension commune de l'approche conceptuelle et méthodologique pour définir les indicateurs à prendre en compte dans l'élaboration de l'ISADF.

Leurs avis et recommandations ont permis de valider la démarche adoptée, mais aussi d'identifier des informations appropriées dont il serait, à l'avenir, utile de disposer pour approfondir la démarche.

(21) La Ligue des Droits Humains (LDH), le Centre interfédéral pour l'égalité des chances – UNIA, le Centre fédéral Migration – Myria, l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'inclusion sociale.

(22) La Fédération des CPAS de l'Union des villes et communes de Wallonie ainsi qu'un directeur général d'un CPAS.

(23) La Direction de la cohésion sociale du Service public de Wallonie ainsi que des chefs de projet chargés de coordonner la mise en œuvre du dispositif PCS dans différentes communes de Wallonie.

4. PROCESSUS D'ELABORATION DE L'INDICATEUR SYNTHETIQUE ISADF

La construction de l'ISADF nécessite le respect d'un ensemble de principes parmi lesquels : (1) une objectivation des critères de sélection et de la méthode d'agrégation des indicateurs ; (2) une transparence du mode de calcul, nécessaire à la légitimité de l'indicateur.

Le processus se décompose en deux étapes principales : la sélection des indicateurs et leur agrégation.

4.1. SELECTION DES INDICATEURS COMPOSANT L'ISADF

La sélection des indicateurs appropriés repose à la fois sur une recherche de sens et de pertinence statistique.

4.1.1. Recherche de sens

La recherche de sens invite à présélectionner, pour chacun des droits et pour chacune de leurs caractéristiques principales identifiées, les indicateurs qui rendent compte de (1) l'effectivité de l'accès au droit pour tous, (2) des déséquilibres/tensions dans les conditions d'accès au droit pour tous, (3) des conditions d'accès au droit dans les situations sensibles, et (4) des facteurs de stabilité (vs menace) pour la durabilité de l'accès au droit pour tous.

Six considérations ont guidé la sélection de ces indicateurs :

- l'univocité par rapport aux caractéristiques de chacun des droits²⁴ ;
- la validité, la légitimité et l'adaptation au contexte d'application et aux leviers d'actions²⁵ ;
- la prévalence des indicateurs de résultat par rapport aux indicateurs de processus ou aux indicateurs structurels et leur interprétation spécifique pour chacun des droits ;
- la mise en relation, autant que possible, de données populationnelles, individuelles et contextuelles afin de limiter les biais (prévention de l'erreur écologique liée au biais d'agrégation ; prévention de l'erreur atomiste liée au biais individualiste) ;
- la prédilection pour des variables d'usage (effectivité de l'accès aux biens et aux services) plutôt que des variables de ressources (offre de biens et de services) ;
- la qualité statistique, déterminée à partir de cinq critères psychométriques :
 - simplicité de compréhension ;
 - transparence dans la méthode de construction ;
 - disponibilité pour l'ensemble des communes ;
 - capacité de discrimination entre communes ;
 - temporellement définis pour une mise à jour périodique.

(24) Les indicateurs doivent révéler les aspects spécifiques de la mise en œuvre de la norme associée à chacun des droits, en veillant à ce que les caractéristiques sélectionnées s'excluent mutuellement pour éviter les chevauchements entre les domaines des caractéristiques.

(25) « La pertinence contextuelle des indicateurs revêt une importance fondamentale pour l'acceptabilité et l'utilisation de ceux-ci par les usagers potentiels procédant au suivi de la mise en œuvre des droits de l'homme. [...] », HCDH, 49, 2012.

Cette recherche de sens conduit à mobiliser une grande variété de sources et d'indicateurs qui apportent, chacun, un éclairage complémentaire.

4.1.2. Recherche de pertinence statistique

La recherche de pertinence statistique vise à analyser la qualité statistique des indicateurs présélectionnés. Cette analyse s'opère de trois manières différentes et complémentaires : (1) l'analyse des corrélations, (2) l'analyse factorielle, et (3) l'analyse de la représentation cartographique.

L'analyse des corrélations permet de détecter une éventuelle redondance ou une potentielle indépendance entre les indicateurs. Dans le premier cas, il convient d'opérer une sélection de l'indicateur le plus discriminant ou d'effectuer une moyenne entre des indicateurs proches, mais nuancés (c'est-à-dire qui introduisent une tonalité différente supplémentaire). Dans le second cas, il convient de confirmer la pertinence de l'indicateur ou de la dimension mesurée.

L'analyse en facteurs permet de mieux appréhender la structure générale des données et de voir dans quelle mesure la construction d'un indice synthétique fait sens.

Enfin, la représentation cartographique permet de visualiser aisément et rapidement la position relative des communes par rapport aux indicateurs sélectionnés. Elle permet de détecter d'éventuels biais dans les sources de données, notamment aux frontières régionales ou nationales (par exemple : non prise en compte de travailleurs frontaliers).

Le processus de sélection des indicateurs a conduit à retenir 28 indicateurs pour la composition de l'ISADF.

4.2. PRESENTATION DES 28 INDICATEURS SELECTIONNES, VENTILES SELON LES DROITS

Les 28 indicateurs sélectionnés ne couvrent que partiellement les droits considérés et leurs caractéristiques. Ainsi, seuls 9 droits subsistent sur les 13 identifiés et, parmi ces droits, peu sont couverts par les quatre angles d'approche définis.

Le tableau 4 présente les 28 indicateurs sélectionnés, répartis selon les droits fondamentaux.

TABLEAU 4 : LISTE DES 28 INDICATEURS COMPOSANT L'ISADF CLASSES SELON LEUR ANGLE D'APPROCHE PAR RAPPORT A L'ACCES AUX DROITS

1 Droit à un revenu conforme à la dignité humaine	
1	a Revenu net imposable médian par déclaration
2	c Revenu imposable brut médian des ménages monoparentaux
3	b Coefficient interquartile des revenus nets imposables par déclaration
4	d Ratio entre le revenu d'intégration médian et le revenu net imposable médian
2 Droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité	
5	b Pourcentage d'élèves de 6 ^e primaire en surcharge pondérale (obésité comprise)
3 Droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale	
6	a Taux de mortalité standardisé (par sexe et par âge)
7	a Pourcentage de bénéficiaires en incapacité de travail de longue durée (au moins 120 jours)
8	a Pourcentage de bénéficiaires possédant le statut de personne atteinte d'une affection chronique
9	b Pourcentage de la population de plus de 21 ans reconnue médicalement handicapée par le SPF Sécurité sociale
10	b Pourcentage de jeunes bénéficiaires (de 5 à 14 ans) sans soins bucco-dentaires préventifs durant trois années consécutives
11	b Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant subi aucun examen de dépistage du cancer du sein durant 6 années consécutives
12	b Pourcentage de mères fumeuses à l'accouchement
4 Droit à la sécurité sociale, à l'assurance santé, à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales	
13	a Pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)
14	b Pourcentage de bénéficiaires du revenu d'intégration et de l'aide sociale équivalente (E-RIS) parmi les 18-24 ans
15	b Pourcentage de bénéficiaires de la GRAPA ou du Revenu garanti parmi les 65 ans et +
5 Droit à l'éducation et à l'enseignement	
16	a Pourcentage d'élèves « à l'heure » dans le secondaire
17	b Pourcentage d'élèves avec un retard scolaire de plus d'un an dans le secondaire
6 Droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau	
18	b Rapport entre le prix médian de vente des maisons et le revenu net imposable médian
19	a Loyer médian des baux enregistrés
20	b Pourcentage de compteurs à budget actifs en électricité

7		Droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté	
	21	a	Indice d'exposition de la population à la pollution de l'air
	22	a	Pourcentage de la population située dans une zone de bruit d'une agglomération (Liège et Charleroi) ou d'une grande infrastructure de transport supérieur à 54 dB (A) en LDEN ²⁶ (%)
	23	a	Pourcentage de la population située à moins de 200 m d'un espace non artificialisé d'au moins 5 ha
8		Droit à la mobilité	
	24	a	Pourcentage de la population située dans une polarité de base
	25	a	Pourcentage de la population située à proximité piétonne d'un arrêt de transport en commun bien desservi (bus, métro, tram ou train)
9		Droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle	
	26	a	Taux d'emploi de la population de 20-64 ans
	27	b	Taux de chômage des jeunes (15-24 ans)
	28	b	Pourcentage de chômeurs de longue durée

a = état général de l'accès au droit pour tous ; b = déséquilibres dans les conditions d'accès au droit pour tous ; c = accès pour des situations/publics sensibles ; d = facteurs de stabilité versus menaces pour un accès durable au droit pour tous.

4.2.1. Droit à un revenu conforme à la dignité humaine

L'accès effectif au droit à un revenu conforme à la dignité humaine (droit 1) est mesuré par quatre indicateurs : (1) le revenu net imposable médian par déclaration, qui reflète l'état général de l'accès au droit ; (2) le coefficient interquartile des revenus nets, qui rend compte des déséquilibres dans les conditions d'accès au droit ; (3) le revenu médian des ménages monoparentaux, qui vérifie l'accès au droit dans une situation sensible et (4) le ratio entre le revenu d'intégration médian des bénéficiaires du revenu d'intégration et le revenu déclaré net imposable médian²⁷, qui questionne la durabilité de l'accès au droit pour tous en mettant en évidence le poids des revenus d'intégration dans l'ensemble des revenus de la population de la commune.

Ce droit bénéficie donc d'une couverture englobant les quatre angles d'approche définis pour vérifier les conditions d'égalité, d'équité, d'intégration des groupes sociaux plus vulnérables ou marginalisés, et de durabilité de l'accès au droit pour tous.

(26) LDEN : indicateur de niveau de bruit global pendant une journée complète (jour, soir et nuit). Il est calculé à partir des indicateurs "Lday", "Levening", "Lnight", niveaux sonores 'moyennés' sur les périodes 6h-18h, 18h-22h et 22h-6h. De plus, une pondération de 54 décibels (A) est appliquée à cette période pour tenir compte du niveau de sensibilité au bruit.

(27) Le revenu d'intégration (appelé, avant 2002, minimum de moyens d'existence, ou encore, minimex) est une aide sociale financière garantie accordée par les centres publics d'action sociale (CPAS). Le montant de ce revenu varie en fonction de la situation familiale. Le ratio entre le revenu d'intégration médian des bénéficiaires du revenu d'intégration et le revenu déclaré net imposable médian met en évidence le poids des revenus d'intégration dans l'ensemble des revenus de la population de la commune. Les revenus pris en considération sont les revenus globaux sur l'entité communale.

4.2.2. Droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité

L'accès effectif au droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité (droit 2) a été particulièrement difficile à approcher. De nombreuses consultations d'experts ont conduit à sélectionner, finalement, un seul indicateur de tension socioéconomique dans les conditions d'accès au droit : le pourcentage d'élèves de 6e primaire (environ 12 ans) en surcharge pondérale (obésité comprise). Le surpoids est devenu un défi de taille, en particulier chez les adolescents, et est causé notamment par une alimentation non équilibrée. Le focus sur cette population cible se justifie par l'importance de la prise en charge à cet âge, avec conscientisation de l'ensemble de la famille. L'état général de l'accès à une alimentation suffisante pour tous n'a pu être introduit dans cet exercice par manque de données disponibles et centralisées, en particulier à l'échelle locale. Plusieurs pistes ont cependant été explorées, parmi lesquelles l'aide alimentaire. Parfois professionnelle, mais reposant souvent presque exclusivement sur du travail bénévole, celle-ci prend des formes spécifiques (distribution de bons alimentaires, de colis de vivres, épiceries sociales, restaurants sociaux, ...) variables selon les entités territoriales. Malgré les efforts entrepris par la Fédération des services sociaux en charge de la concertation pour l'aide alimentaire pour recenser toutes les données utiles relatives à l'aide alimentaire, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de mécanisme normalisé de compilation et de centralisation de l'ensemble des données relatives au nombre de bénéficiaires ainsi qu'à leur niveau de dépendance par rapport à l'offre de services.

4.2.3. Droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale

L'accès effectif au droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale (droit 3) est mesuré par sept indicateurs : (1) le taux de mortalité standardisé renseigne sur les conditions sanitaires générales des communes sous contrôle de la structure par âge et par sexe de la population ; (2) le pourcentage de personnes reconnues 'malades chroniques' cible des affections qui persistent dans le temps, affectent la qualité de vie des personnes atteintes voire de leur entourage et constituent l'une des principales raisons de l'utilisation des services de soins de santé ; (3) le pourcentage de personnes en incapacité de travail de longue durée prend en considération la problématique particulière des risques psychosociaux au travail et du burn-out ; (4) le pourcentage d'adultes reconnus médicalement handicapés représente un groupe de la population particulièrement exposé au risque de discrimination dans l'accès aux soins. Trois autres indicateurs illustrent des déséquilibres ou tensions socioéconomiques troublants dans les conditions d'accès au droit : (5) le pourcentage de jeunes sans soins bucco-dentaires préventifs durant trois années consécutives et (6) le pourcentage de femmes dans la classe d'âge cible (50-69 ans) n'ayant subi aucun examen de dépistage du cancer du sein durant 6 années consécutives, alors qu'il s'agit de soins préventifs proposés gratuitement ou avec des remboursements considérables à des publics cibles différents (les jeunes et les femmes). Le septième indicateur, le pourcentage de mères fumeuses à l'accouchement, aborde la question du risque élevé d'une santé dégradée de l'enfant à naître.

4.2.4. Droit à la sécurité sociale, à l'assurance santé, à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales

L'accès effectif au droit à la sécurité sociale, à l'assurance santé, à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales (droit 4), est abordé au moyen de trois

indicateurs. Un premier indicateur informe sur l'état général de l'accès au droit : le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)²⁸. Cet indicateur, s'il est une preuve de l'accès à une protection sociale, est aussi le reflet de nombreuses situations de difficultés pour lesquelles des actions de la commune sont très utiles. Deux indicateurs apportent des éclairages sur des déséquilibres socioéconomiques dans l'accès au droit en fonction de l'âge : l'un concerne les jeunes, à savoir le pourcentage de bénéficiaires du revenu d'intégration parmi les 18-24 ans, l'autre concerne les aînés, à savoir le pourcentage de bénéficiaires de la GRAPA²⁹ ou garantie de revenus aux personnes âgées parmi les 65 ans et plus.

Ces trois indicateurs éclairent bien la transversalité de ce droit. L'indicateur relatif aux bénéficiaires du BIM illustre une mesure essentielle qui a été prise dans le cadre de la sécurité sociale pour garantir autant que possible les soins de santé aux groupes de population les plus vulnérables. Les deux suivants portent sur des mesures de prévention de la pauvreté monétaire pour les plus jeunes et les plus âgés.

4.2.5. Droit à l'éducation, à l'enseignement et à la formation continue

L'accès effectif au droit à l'éducation, à l'enseignement et à la formation continue (droit 5) est évalué à l'aide de deux indicateurs qui ne couvrent que partiellement le contenu normatif du droit et la population concernée (les élèves inscrits dans l'enseignement secondaire, généralement entre 12 et 18 ans). Le premier indicateur apporte un éclairage sur l'état général de l'accès au droit pour la population visée : le pourcentage d'élèves « à l'heure » dans le secondaire par rapport à leur année de naissance. Le second informe sur une situation de déséquilibre socioéconomique pour ce même groupe de population : le pourcentage d'élèves en retard de plus d'un an (par rapport à leur année de naissance). Ce retard scolaire de plus d'un an augmente le risque de décrochage scolaire.

4.2.6. Droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau

L'accès effectif au droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau (droit 6), est évalué à l'aide de trois indicateurs. Un indicateur concerne l'état général de l'accès au droit : (1) le loyer médian des baux enregistrés, et deux indicateurs portent sur les déséquilibres dans les conditions d'accès : (2) le rapport entre le prix médian de vente des maisons et le revenu médian des ménages de la commune d'une part, (3) le pourcentage de compteurs à budget actifs pour l'électricité d'autre part. Ce dernier indicateur illustre la difficulté de certains ménages à faire face aux dépenses d'électricité. Aucune donnée harmonisée à l'échelle locale n'a pu être mobilisée pour construire un indicateur d'accès à l'eau.

(28) Le bénéficiaire de l'intervention majorée est une personne qui bénéficie d'un remboursement plus élevé de l'assurance maladie obligatoire pour certaines prestations de santé, souvent en raison d'une situation de précarité. Il s'agit des personnes suivantes : les bénéficiaires d'une allocation aux personnes handicapées, d'une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), du revenu d'intégration ou de l'aide équivalente, des orphelins de moins de 25 ans, des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) et des personnes dont le revenu du ménage est faible et qui en font la demande.

(29) La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) sont des prestations octroyées aux personnes de 65 ans et plus, dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance, moyennant des conditions de moyens d'existence, d'âge, de nationalité et de résidence. Le montant de la GRAPA varie en fonction de la situation familiale.

4.2.7. Droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté

L'accès effectif au droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté (droit 7) est couvert par trois indicateurs qui illustrent différentes facettes de l'état général d'accès à ce droit. Les deux premiers indicateurs apportent un éclairage sur l'exposition de la population à deux risques environnementaux qui impactent la qualité de leur cadre de vie : (1) un indice d'exposition de la population à la pollution de l'air (particules fines, ozone, oxyde d'azote) et (2) le pourcentage de la population située dans une zone de bruit (agglomération ou bruit lié aux infrastructures de transport). Le troisième indicateur mesure le pourcentage de la population communale située à proximité (moins de 200 m) d'un espace non artificialisé (forêt, champ, prairie, espace naturel) ou d'un espace vert urbain de grande taille (5 ha). Il aborde la qualité du cadre de vie sous l'angle paysager. Il n'a pas été possible de préciser à ce stade la question de l'accès public à ces espaces.

4.2.8. Droit à la mobilité

L'accès effectif au droit à la mobilité (droit 8) est apprécié par deux indicateurs d'accessibilité spatiale à des services de base. Le premier indicateur mesure le pourcentage de la population communale habitant dans des lieux où 1) l'habitat n'est pas dispersé ; 2) des équipements et services de base (mix de commerce alimentaire, école fondamentale, pharmacie, poste, centre public d'action sociale (CPAS), administration communale) existent à proximité piétonne ; 3) une desserte en transports en commun de qualité existe à proximité piétonne. Le deuxième indicateur mesure le pourcentage de la population située à proximité piétonne d'un arrêt de transport en commun bien desservi (bus, métro, tram ou train).

Sont retenus les lieux situés à moins de 500 m d'un arrêt de bus dont les fréquences par jour ouvrable de vacances scolaires sont les suivantes : arrêts de 34 départs et plus (2 bus par heure et par sens) pour les communes de plus de 150 hab./km² et de 17 départs et plus (1 bus par heure et par sens = 2 bus par heure pour les 2 sens) pour les communes de moins de 150 hab./km².

Les lieux situés autour des gares et arrêts de train sont retenus selon les critères suivants : dans un rayon de 1.000 m autour des gares pour les gares qui proposent moins de 17 départs de train par jour ouvrable (11 gares), de 1.500 m pour les gares qui proposent entre 17 et 66 départs par jour ouvrable (207 gares) et de 2.000 m pour les gares qui proposent plus de 66 départs par jour ouvrable (66 gares + 2 gares RER).

4.2.9. Droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle et aux droits syndicaux

L'accès effectif au droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle et aux droits syndicaux (droit 9) est mesuré partiellement par trois indicateurs. Un indicateur reflète l'état général de l'accès au droit au travail, à savoir le taux d'emploi de la population. A côté de cet indicateur général, deux indicateurs illustrent des déséquilibres ou tensions socioéconomiques dans les conditions d'accès au droit au travail : d'une part, le taux de chômage des jeunes ; d'autre part, le pourcentage de chômeurs de longue durée. L'accès à la formation professionnelle et l'accès aux droits syndicaux n'ont pu être couverts faute de données harmonisées disponibles au niveau local.

4.3. LIMITES DE LA SELECTION

A ce stade de développement de l'ISADF, il n'existe pas de données disponibles ou harmonisées au niveau local pour élaborer un indice correspondant à l'intégralité du modèle défini en fonction des différentes recommandations et des cadres conceptuels et méthodologiques. Ainsi, la mesure ne couvre que 9 droits sur les 13 retenus et, parmi ces 9 droits, plusieurs ne sont que partiellement couverts.

Malgré de nombreux efforts de recherche et de mobilisation de diverses sources de données administratives ainsi qu'une mobilisation de techniques de géolocalisation de la population et des services ou encore des croisements d'informations spatiales à l'aide d'un SIG (Système d'Information géographique), les 13 droits sélectionnés n'ont pu être mesurés, soit dans leur totalité (le droit à l'information, à l'usage du numérique, des technologies de l'information et de la communication ; le droit au respect de la vie privée et familiale ainsi qu'à la conciliation vie familiale et vie professionnelle ; le droit à la participation citoyenne et démocratique ; le droit à l'épanouissement social et culturel), soit partiellement. Ainsi, les droits à l'alimentation, à l'éducation et à l'enseignement, à l'environnement et à un cadre de vie sain et à la mobilité, sont particulièrement peu couverts. A noter qu'aucune donnée issue d'enquêtes nationales ou régionales n'a pu être exploitée en raison de la non-représentativité de ces données au niveau communal.

De plus, la prise en compte de la norme en matière de non-discrimination et d'égalité dans le choix des indicateurs a été fortement limitée par la non-disponibilité de données locales ventilées en fonction des motifs prohibés de discrimination, tels que l'origine nationale ou sociale, l'appartenance ethnique, le statut de migrant, les minorités, la situation économique et sociale, le handicap, etc.

4.4. AGREGATION EN UN INDICATEUR SYNTHETIQUE³⁰

Lors de la construction d'un indicateur synthétique sur la base d'indicateurs avec différentes unités de mesure, une étape importante consiste à rendre les données comparables entre elles avant leur agrégation, c'est-à-dire à transformer les valeurs des indicateurs par une opération de normalisation.

Plusieurs méthodes de normalisation existent, parmi lesquelles la normalisation Min-Max (comme dans l'indicateur de développement humain [IDH]) et la standardisation (transformation en une variable centrée réduite souvent appelée z-score) (Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., Tarantola, S., Hoffmann, A. et Giovannini, E., 2008 ; Maggino, F. et Zumbo, B. D., p. 12, 2011). Les deux méthodes ont été testées de manière à analyser leurs différents impacts, avantages et inconvénients. C'est la normalisation Min-Max qui a été sélectionnée³¹. Elle permet, pour chaque indicateur,

(30) Pour une information détaillée sur le processus d'agrégation des indicateurs, cf. rapport de recherche N°23 de l'IWEPS, « Construction de l'ISADF à l'échelle des communes de Wallonie – Exercice 2018 », disponible en ligne : <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2019/02/RR23-1.pdf>

(31) Notamment en raison du fait que, contrairement à la standardisation des indicateurs qui produit, avant l'opération d'agrégation, autant de distributions différentes que d'indicateurs de base, la normalisation Min-Max donne des distributions d'indicateurs de base ayant la même structure, comprise entre 0 et 1. L'agrégation peut alors être effectuée sans distorsion due à une hétérogénéité des structures.

de lui faire prendre des valeurs entre 0 et 1. Cela revient à les transformer en une proportion de la variation totale. Ainsi, 0,6 signifie que sur une échelle où la plus petite valeur observée est 0 et la plus grande valeur observée est 1, on se situe à 0,6 (sur le sixième des 10 échelons). On est à 60 % de la variation totale de l'indicateur.

Par ailleurs, certains indicateurs pris en compte dans la construction de l'indice synthétique contribuent à améliorer l'accès aux droits (le revenu médian, par exemple), d'autres ont tendance à le dégrader (la part de la population exposée à la pollution de l'air, par exemple). Pour agréger ces deux catégories d'indicateurs, il convient de leur donner une même orientation. Pour y parvenir, il s'agit d'opérer une transformation des facteurs négatifs en facteurs positifs. Dans le cas de la normalisation Min-Max appliquée ici, cette transformation s'opérationnalise en calculant le complément à 1 de l'indicateur négatif. Ainsi, supposons un indicateur de dégradation (la part de la population exposée à la pollution de l'air) qui, après normalisation, vaut 0,7. Pour le transformer en indicateur d'amélioration, il suffit de réaliser l'opération $(1-0,70) = 0,30$, qui est le complément à 1 de la valeur d'origine.

La dernière étape de construction de l'indice consiste à agréger les indices au sein de chaque droit, sans pondération, par calcul de leur moyenne. Avant l'agrégation des résultats pour les différents droits et en vue du maintien d'une structure identique de distribution des indicateurs moyens de 0 à 1, une deuxième transformation par normalisation Min-Max est opérée. Il reste à construire l'indicateur synthétique pour ramener à une seule valeur, tous droits confondus, la situation de la commune. L'agrégation est simple ; la valeur finale est la moyenne, non pondérée, des neuf indices normalisés de chaque droit à laquelle on applique une troisième normalisation pour les ramener, par cohérence avec les étapes précédentes, dans un intervalle [0-1]. Il résume en une seule valeur, pour chaque commune, l'ensemble des accès effectifs aux droits pris en compte dans la construction.

5. RESULTATS

L'ISADF est calculé sur la base de 9 droits et de 28 variables observées dans 253 communes francophones de Wallonie, soit quelques 7.084 données.

Les résultats de l'ISADF sont présentés sous différentes formes qui donnent lieu à des interprétations complémentaires et nuancées :

- les 'données brutes' des 28 variables mobilisées permettent des comparaisons des données dans le temps et dans l'espace, de commune à commune ;
- les indicateurs normalisés, simples ou agrégés, autorisent les comparaisons entre communes et/ou entre droits ;
- l'indicateur synthétique constitue, quant à lui, une synthèse de l'ensemble des données. Ses résultats peuvent être présentés sous forme de cartes et de radars.

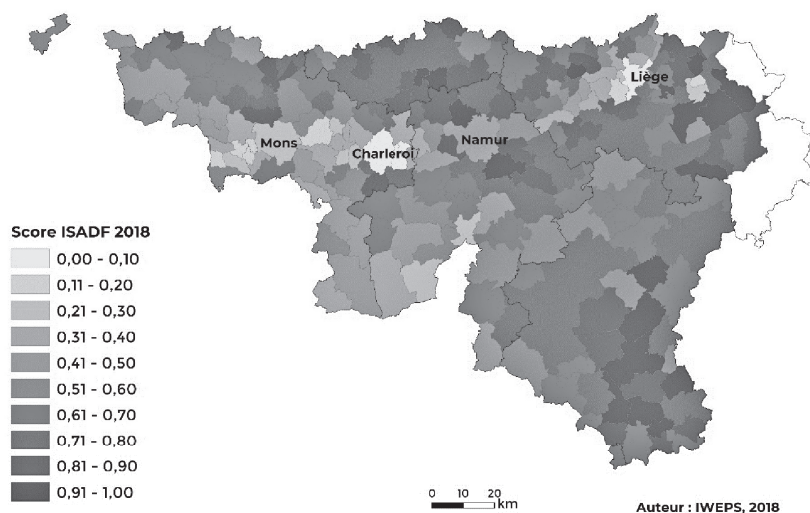
Pour l'interprétation des cartes et radars, il est important de garder à l'esprit que les comparaisons des indicateurs entre communes et/ou droits sont rendues possibles grâce aux opérations de normalisation effectuées qui permettent de redistribuer les indicateurs dans un intervalle de [0-1]. Ainsi, les communes pour lesquelles la valeur de l'ISADF est proche de « 0 » ou égale à « 0 » sont à considérer comme moins

favorisées en moyenne que les autres (les moins bien classées dans la distribution des communes). A contrario, les communes qui ont une valeur de l'ISADF proche de « 1 » ou égale à « 1 » sont à considérer comme plus favorisées en moyenne que les autres (les mieux classées dans la distribution des communes). Ce qui n'empêche pas, au sein des communes, une variabilité des accès à chacun des droits considérés individuellement.

La représentation cartographique par commune peut faire l'objet d'une interprétation spatiale de l'ISADF global ainsi que des agrégations par droit.

La figure 2 présente la distribution spatiale de l'ISADF global³².

FIGURE 2 : REPRESENTATION CARTOGRAPHIQUE DES RESULTATS DE L'ISADF 2018



Clé de lecture de la carte à l'opposé, les zones les plus claires représentent les scores les plus faibles de l'indicateur ; à l'opposé les zones les plus foncées représentent les scores les plus élevés, c'est-à-dire les communes pour lesquelles l'accès effectif au droit est estimé comme le plus favorable. Notons que les communes de la communauté germanophone ne sont pas concernées par l'étude et sont présentées en blanc sur les cartes.

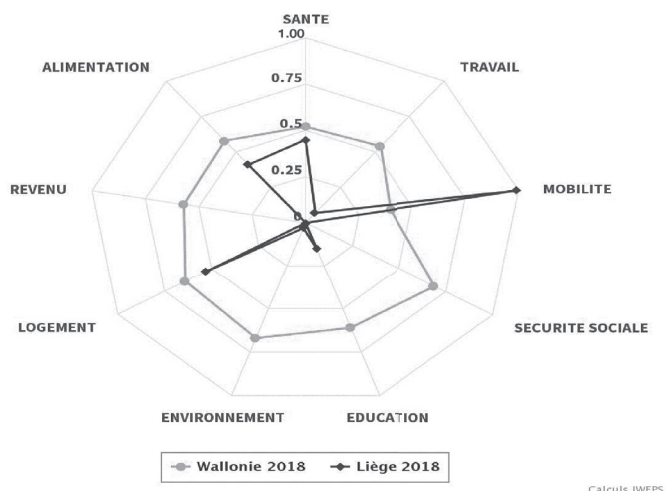
Les communes présentant les indicateurs les plus faibles, c'est-à-dire avec des populations particulièrement vulnérables par rapport à l'accès aux droits, sont localisées principalement suivant un axe ouest-est, allant de la commune de Quiévrain près de la frontière française, en passant par Mons, Charleroi et Liège. Quelques communes urbaines ressortent particulièrement : Charleroi, et deux de ses communes voisines (Châtelet et Farciennes) et Liège et la commune voisine de Seraing. En plus de cet axe,

(32) Les cartes pour chacun des droits sont disponibles sur le site de l'IWEPS, <http://isadf.iweps.be>.

quelques autres villes, comme La Louvière, la ville de Verviers et sa commune voisine Dison, apparaissent également avec des valeurs faibles. Des communes plus rurales situées au sud des sous-régions de Charleroi et Namur présentent par ailleurs aussi des valeurs faibles de l'indice. A l'opposé, des valeurs élevées concernent des communes au nord de la Wallonie, au sud des villes de Charleroi, Namur et Liège ou dans le sud-est de la région.

La représentation sous forme de radar permet de visualiser de manière synthétique les accès aux différents droits de l'ISADF pour une entité géographique particulière ou pour différentes entités territoriales³³ (région, commune, groupe de communes, ...) (figure 3).

FIGURE 3 : REPRESENTATION RADAR DES RESULTATS PAR DROIT DE L'ISADF 2018 : EXEMPLE DE LA VILLE DE LIEGE



Source : IWEPS. Calculs : IWEPS.

La figure 3 compare, sur un même graphique, les résultats de l'accès aux droits d'une commune (Liège) avec ceux de la moyenne régionale, exprimés en valeurs normalisées de 0 à 1.

Elle montre que, pour la plupart des droits, la ville de Liège est moins bien classée que la moyenne régionale, l'accès à certains droits (droit au revenu et droit à la sécurité sociale) étant même proche de 0. Cela ne veut pas dire que l'accès à ces droits est nul, mais bien que la commune se trouve être la moins favorisée (donc la moins bien classée) dans la distribution (de 0 à 1) des 253 communes concernées. A l'inverse, elle

(33) Les cartes pour chacun des droits sont disponibles sur le site de l'IWEPS, <http://isadf.iweps.be>.

apparaît comme la plus favorisée (donc la mieux classée, avec un indicateur proche de 1) pour l'accès au droit à la mobilité.

6. USAGES DE L'ISADF

L'ISADF est un outil élaboré à la demande du Gouvernement wallon dans le cadre de sa politique de cohésion sociale développée par les pouvoirs locaux, politique qui vise à soutenir les communes pour renforcer l'effectivité de l'accès de leurs citoyens aux droits fondamentaux et d'assurer un bien-être économique, social et culturel durable pour tous.

L'ISADF est applicable à toutes autres politiques sociales et programmations territorialisées dédiées à la promotion, la réalisation et la protection des droits humains, en ce compris les Objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030³⁴.

Sa conception et son mode de construction concourent à quatre usages principaux.

a. Le diagnostic territorial

L'ISADF est un outil opérationnel, concret, pratique et aisément compréhensible qui fournit aux communes un cadre harmonisé d'indicateurs qui permettent à l'ensemble des acteurs locaux de réaliser des diagnostics territoriaux intersectoriels, de donner du sens aux données, d'identifier les forces et faiblesses du territoire en matière de réalisation des droits humains et de les comparer à celles des autres territoires et de la Région.

b. L'orientation, la réalisation et le suivi des plans d'action

Cet outil permet aux acteurs locaux d'orienter leurs actions et de concentrer leurs efforts sur des objectifs spécifiques et/ou des droits qui requièrent plus d'attention, en intégrant la préoccupation majeure de l'effectivité de l'accès équitable de tous aux droits fondamentaux et au bien-être collectif. Ceci est d'autant plus appréciable à un moment où les ressources sont limitées. Par ailleurs, la mise à jour régulière des indicateurs de l'ISADF – dans leur version brute, donc avant normalisation – permet de suivre les réalisations individuelles et collectives des droits et de comparer les progrès accomplis dans le temps ainsi que par rapport à ceux de la Région ou d'autres communes.

c. La détermination de l'allocation budgétaire des programmations

L'ISADF peut fournir un critère objectif au subventionnement de programmations d'actions, publiques ou privées, à partir du diagnostic territorial axé sur l'accès effectif de la population aux droits fondamentaux. Il est notamment utilisé actuellement par le Gouvernement wallon pour fournir ce critère objectif au subventionnement dans le cadre de la politique de cohésion sociale.

(34) Concernant les objectifs de développement durable à l'horizon 2030, voyez notamment SDG, *Objectifs de développement durable. Transformer notre monde. Le programme de développement durable à l'horizon 2030*, 44 p., 2016.

d. Le rôle de la mesure comme instrument de démocratie et de gouvernance

En tant qu'outil de connaissance des conditions locales, l'ISADF permet de sensibiliser sur les objectifs des politiques ainsi que sur certains défis spécifiques, d'accroître la transparence et de rationaliser les débats autour des enjeux démocratiques, d'identifier des synergies potentielles que les politiques peuvent créer et de dégager des consensus, d'encourager l'engagement des parties prenantes, d'accroître la responsabilisation et la confiance. Ainsi, des politiques plus cohérentes peuvent être conçues et mises en œuvre grâce à une coordination efficace entre les différents acteurs impliqués dans la réalisation des droits de l'homme aux différents niveaux de pouvoir.

7. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF), développé par l'IWEPs, est un outil destiné à informer chaque commune francophone de Wallonie sur l'accès effectif de sa population aux droits fondamentaux. Il fournit aux acteurs locaux un cadre harmonisé d'indicateurs qui leur permet de dresser un diagnostic territorial, d'orienter, de suivre et de réaliser des programmes d'actions, ou encore de soutenir la gouvernance et de renforcer la démocratie.

Créé en 2008 dans le cadre de la première programmation de la politique de cohésion sociale en Wallonie, l'ISADF a évolué dans le temps, dans le sens d'un élargissement des droits humains fondamentaux. Cela lui permet désormais d'être un outil de veille dans le cadre de divers dispositifs visant à promouvoir l'effectivité de l'accès de tous les citoyens aux droits humains.

Le développement de l'ISADF s'inscrit dans une démarche d'expérimentation sociale qui s'appuie sur l'expertise de nombreux acteurs à des niveaux divers qui contribuent, chacun, à l'effectivité des droits humains. Cette démarche lui offre des perspectives de déploiement en synergie avec les travaux réalisés par les parties prenantes engagées dans la promotion, la réalisation et le contrôle des droits humains.

La spécificité et l'originalité de l'approche wallonne tiennent notamment à la territorialisation de la mesure de l'accès aux droits fondamentaux au niveau communal qui correspond au niveau spatial de la mise en œuvre de la politique de cohésion sociale en Wallonie. Les niveaux infranationaux disposent aujourd'hui d'une autonomie de décision croissante à l'origine de nouveaux besoins d'informations, mais aussi du renouvellement de ses formes de production. Ainsi, « le territoire devient-il non seulement le lieu de mise en œuvre de politiques d'initiatives centrales et sectorielles, mais aussi celui de la construction de politiques globales de développement d'initiatives locales. La coordination et la coopération nécessaires entre acteurs publics et/ou privés devient un enjeu de l'action publique locale » (Le Roy, A. et Offredi, C., p. 192, 2011).

L'application conjuguée des principes directeurs du HCDH et du COE, adaptés au contexte wallon, s'est avérée une étape fondamentale dans le processus de développement de l'ISADF³⁵. D'une part, elle a permis d'élargir sa portée théorique à l'ensemble des

(35) La version 2018 de l'ISADF est la troisième version, mais la première à avoir développé une approche conceptuelle internationale.

droits humains consacrés dans les principaux instruments internationaux, nationaux, régionaux et communautaires. D'autre part, elle a permis d'orienter le choix des indicateurs sur les valeurs piliers de la Stratégie de cohésion sociale du Conseil de l'Europe et sur les facteurs de sa mise en œuvre, à savoir : la lutte contre la pauvreté, l'exclusion et toutes les formes de division, de discrimination et d'insécurité au sein de la société, l'accessibilité équitable aux droits sociaux pour tous, le soutien de la solidarité sociale, de la sécurité démocratique et du développement durable.

Les conséquences de la crise sanitaire ont plus que jamais mis en évidence le rôle essentiel de la sécurité sociale et de la solidarité comme ciment d'une société cohésive, inclusive et ouverte et le besoin de disposer d'outils adéquats pour lutter contre les situations difficiles, telles que le sans-abrisme, les violences conjugales, les assuétudes, l'inclusion des personnes handicapées, l'accueil des primo-arrivants, la détresse et l'isolement de nombreux citoyens parmi lesquels un pourcentage bien trop élevé de jeunes, etc.

En particulier, l'accès effectif au droit à la sécurité sociale est un élément introduit dans l'indicateur synthétique. Il est transversal et son rôle crucial, notamment en temps de crise, a été souligné par Barrez, J. et Van Dam, R. (2020), mais également dans la conclusion générale de ce volume de la *Revue belge de sécurité sociale*. A ce titre, il serait particulièrement intéressant, d'envisager une analyse des relations et évolutions statistiques entre les indicateurs de sécurité sociale et les autres indicateurs introduits dans l'ISADF ainsi qu'avec d'autres variables exogènes. Cela permettrait de mettre en lumière la relation de renforcement mutuel qui lie la sécurité sociale, la cohésion sociale et la croissance inclusive.

Au stade actuel de développement de l'ISADF, le modèle élaboré pour la construction de l'indicateur ne dispose pas de données suffisantes pour être appliqué dans son intégralité au niveau local. Ainsi, la mesure ne couvre que 9 des 13 droits retenus et, parmi ces 9 droits, plusieurs ne sont couverts que partiellement. L'enrichissement et la mise à jour de cet outil nécessitent de pouvoir disposer de statistiques locales de qualité et à des fréquences régulières. La mesure de l'effectivité des droits implique aussi de compléter les mesures de moyennes par des mesures de dispersion qui rendent compte de l'étendue des inégalités sociales et économiques ou des discriminations ou encore des violations de certains droits, notamment au regard des publics vulnérables et des situations sensibles.

Il est donc devenu nécessaire de procéder à des collectes de données inédites, originales et pertinentes au niveau régional et local, utiles aux décideurs de tous les secteurs afin de mieux intégrer dans leurs politiques et programmes d'actions des considérations d'équité, de santé, de solidarité et de bien-être collectif en prêtant une attention toute particulière aux publics les plus vulnérables. Améliorer la mesure de l'effectivité de l'accès aux droits humains est essentiel pour que la lutte contre la pauvreté et les inégalités devienne un objectif politique atteignable.

L'exercice présenté dans cet article a également démontré la nécessité de renforcer la communication autour de l'ISADF afin qu'il puisse servir à un large public d'acteurs, notamment les acteurs directement impliqués dans la mise en œuvre de politiques

sociales au niveau local, mais aussi des décideurs politiques, des acteurs engagés dans la défense et la réalisation des droits humains ou encore des partenaires dans la collecte et le traitement de données statistiques. L'instauration d'un dialogue permanent devrait permettre de consolider la démarche empruntée, d'affiner le cadre adopté, de sensibiliser à la nécessité de renforcer les capacités de collecte de données locales régulières et de se mobiliser dans le processus de pérennisation de la démarche afin d'étendre la couverture des indicateurs à l'ensemble des droits humains.

BIBLIOGRAPHIE

Antoine, B., Cherenti, R., Delruelle, E., Lahaye, W., De Greef, V., Solbreux, M., Verdussen, M. et Zamora Vargas, D., *La sécurité sociale, stop ou encore ?*, Observatoire de l'action sociale locale, Vanden Broele, 116 p., 2019.

Antoine, B. et Cherenti, R., De la protection sociale à l'insécurité sociale, un local à consolider, in Antoine, B. et al., *La sécurité sociale, stop ou encore ?*, Observatoire de l'action sociale locale, Vanden Broele, pp. 79-111, 2019.

Barrez, J. et Van Dam, R., Pauvreté et groupes vulnérables pendant la crise du coronavirus, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 1, pp. 193-225, 2020.

Conseil de l'Europe, Elaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale – Guide méthodologique, Strasbourg, Editions du Conseil de l'Europe, 2005, https://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/GUIDE_fr.pdf (consulté le 13 avril 2021).

Conseil de l'Europe, *Le bien-être pour tous. Concepts et outils de la cohésion sociale*, Tendances de la cohésion sociale, n° 20, Editions du Conseil de l'Europe, 2008, https://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/Trends/Trends-20_fr.pdf (consulté le 13 avril 2021).

Farrell, G., Quelle lutte contre la pauvreté au XXIe siècle, in *Tendances de la cohésion sociale*, n° 25, Redéfinir et combattre la pauvreté. Droits humains, démocratie et biens communs dans l'Europe contemporaine, Editions Conseil de l'Europe, pp. 409-432, 2012.

Feraud, B., Reginster, I. et Ruyters, C., *Analyses statistiques endogènes et territoriales de l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF)*, Rapport de recherche n° 43, janvier 2021.

Flohimont, V. et Neven, J.-F., Allocations familiales : les enjeux du transfert à mi-parcours, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 2, pp. 227-264, 2015, <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/publications/rbss/2015/rbss-2015-2-allocations-familiales-enjeux-transfert-fr.pdf> (consulté le 13 avril 2021).

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Indicateurs des droits de l'homme. Guide pour mesurer et mettre en œuvre*, Nations Unies, Genève et New York, 2012, https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_fr.pdf (consulté le 13 avril 2021).

Institut Fédéral pour la Protection et la Promotion des Droits Humains (IFDH), *Plan stratégique 2022-2025*, <https://institutfederaldroitshumains.be/publications/plan-strategique-ifdh-2022-2025> (consulté le 24 janvier 2022).

Institut Fédéral pour la Protection et la Promotion des Droits Humains (IFDH), *Plan annuel 2022*, <https://institutfederaldroitshumains.be/publications/plan-annuel-2022> (consulté le 24 janvier 2022).

Joassart, P., Rasson-Roland, A. et Verdussen, M., *Annuaire international de justice constitutionnelle, 31-2015, Constitution et droits sociaux – Constitution et sécurité extérieure*, pp. 149-172, 2016, https://www.persee.fr/doc/aijc_0995-3817_2016_num_31_2015_2343.

Lafourcade, M., *Les Droits de l'Homme*, coll. Que sais-je, Paris, 128 p., 2018.

Lebrun, N., *Cohésion sociale et inclusion sociale – Les pratiques européennes*, Working Paper, Série Cohésion sociale, Think Tank européen pour la Solidarité, 2009.

Le Roy, A. et Offredi, C., La quantification au service de l'observation sociale locale : à quelles conditions ?, La Découverte, *Revue Française de Socio-Economie*, 2011/1, n° 7, pp. 191-208, 2011.

Maggino, F. et Zumbo, B. D., Measuring the quality of life and the construction of social indicators, in Land, K.C., Michalos, A.C., et Sirgy, M.J. (éds.), *Handbook of social indicators and quality-of-life research*, New York, Springer, 2012.

Nardo, M., Saisana, M., Saltelli, A., Tarantola, S., Hoffmann, A. et Giovannini, E., *Handbook on constructing composite indicators: Methodology and user guide*, OCDE en collaboration avec Joint Research Centre (JRC) of the European Commission, 2008.

OCDE, Indicateurs de conformité avec les instruments internationaux sur les droits de l'homme, *Revue de l'OCDE sur le développement*, Chapitre 10, vol. 9, n° 2, pp. 171-187, 2008.

Reginster, I. et Ruyters, C., *Construction de l'ISADF à l'échelle des communes de Wallonie*, Rapport de recherche n° 23, IWEPS, janvier 2019.

SDG, Objectifs de développement durable. Transformer le monde. Le programme de développement durable à l'horizon 2030, 2016, https://www.sdg.be/sites/default/files/content/brochure_sdgs_fr.pdf (consulté le 2 avril 2021).

Verdussen, M. et Solbreux, M., La constitution, rempart contre l'effritement de la sécurité sociale ?, in Antoine, B. et al., *La sécurité sociale, stop ou encore ?*, Observatoire de l'action sociale locale, éd. Vanden Broele, Genval, pp. 39-61, 2019.

Vleminckx, K., L'évolution (la révolution) de la sécurité sociale : de 1944 à aujourd'hui, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 3, pp. 393-421, 2019.

Dispositions légales - Par ordre chronologique

La Constitution belge, votée par le Congrès national le 7 février 1831, coordonnée le 17 février 1994.

Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par les Nations Unies le 10 décembre 1948.

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, adoptée par le Conseil de l'Europe le 4 novembre 1950 (Convention européenne des droits de l'homme – CEDH).

Charte sociale européenne (CSE) du 18 octobre 1961, Conseil de l'Europe.

Pacte international relatif aux droits civiques et politiques (PIDCP), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966.

Loi belge concernant l'obligation scolaire du 29 juin 1983.

Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies du 20 novembre 1989.

Décret définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre, du 24 juillet 1997, *M.B.* 23 septembre 1997.

Conseil de l'Europe, Deuxième Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement du Conseil de l'Europe, Déclaration finale, Strasbourg, 11 octobre 1997.

Comité européen pour la cohésion sociale, *Stratégie de cohésion sociale*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2000.

Comité européen pour la cohésion sociale, *Stratégie de cohésion sociale révisée*, approuvée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 31 mars 2004.

Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et le Protocole facultatif se rapportant à la convention du 13 décembre 2006.

Décret du 6 novembre 2008 relatif au Plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, *M.B.* 26 novembre 2008.

Arrêté du Gouvernement wallon du 12 décembre 2008 portant exécution du décret du 6 novembre 2008 relatif au Plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, *M.B.* 23 décembre 2008.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale n° 21*, quarante-troisième session, 2009.

Comité européen pour la cohésion sociale, *Nouvelle stratégie et Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la cohésion sociale*, 2010.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 26 octobre 2012.

Sommet mondial sur la société de l'information, Manifestation de haut niveau SMSI+10 (Documents finals), Genève, 2014.

SDG, Objectifs de développement durable. Transformer le monde. Le programme de développement durable à l'horizon 2030, 44 p., 2016.

Convention européenne des droits de l'homme, Conseil de l'Europe, mise à jour du 30 avril 2018 (article 2 du Protocole n° 1).

Décret du 22 novembre 2018 relatif au Plan de cohésion sociale, *M.B.* 18 décembre 2018.

Arrêté du Gouvernement wallon du 17 janvier 2019 portant exécution du décret du 22 novembre 2018 relatif au PCS 2020-2025.

Proposition de loi portant création d'un Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits de l'Homme, Rapport de la première lecture fait au nom de la commission des Relations extérieures, *Doc. parl.*, Chambre, 2018-2019, n° 54-3670/005.

Loi du 12 mai 2019 portant création d'un Institut fédéral pour la protection et la promotion des droits humains, *M.B.* 21 juin 2019.

Commission européenne, *Stratégie visant à renforcer l'application de la Charte des droits fondamentaux dans l'Union européenne*, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions, COM(2020) 711 final.

Commission européenne, *Rapport annuel 2021 sur l'application de la charte des droits fondamentaux de l'UE*, Rapport de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions, COM(2021) 819 final.

TABLE DES MATIERES

**DEVELOPPEMENT D'UN INDICATEUR SYNTHETIQUE D'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX.
L'ISADF EN REGION WALLONNE**

1.	INTRODUCTION	229
2.	CADRE JURIDIQUE ET CONCEPTUEL : LES DROITS HUMAINS AU NIVEAU INTERNATIONAL, EUROPEEN ET BELGE	231
2.1.	LA DECLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME	231
2.2.	LA CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DANS L'UNION EUROPEENNE	232
2.3.	LES DROITS CONSTITUTIONNELS DE LA BELGIQUE	232
2.4.	DIMENSION SOCIALE ET COLLECTIVE DES DROITS SOCIAUX BELGES	233
3.	CADRE METHODOLOGIQUE POUR LA CONSTRUCTION DE L'ISADF : UNE ARTICULATION DE DEUX APPROCHES COMPLEMENTAIRES	234
3.1.	APPROCHE DU HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME (HCDH) POUR LA CONCEPTION D'INDICATEURS DES DROITS DE L'HOMME	235
3.2.	APPROCHE DU CONSEIL DE L'EUROPE POUR L'ELABORATION CONCERTEE DES INDICATEURS DE COHESION SOCIALE	237
3.3.	APPLICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS DU HCDH POUR L'IDENTIFICATION DES DROITS FONDAMENTAUX ET LA DETERMINATION DE LEUR CONTENU	239
3.4.	APPLICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS DU COE POUR L'ORIENTATION DU CHOIX DES INDICATEURS	245
3.5.	VALIDATION DU CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE	246
4.	PROCESSUS D'ELABORATION DE L'INDICATEUR SYNTHETIQUE ISADF	247
4.1.	SELECTION DES INDICATEURS COMPOSANT L'ISADF	247
4.2.	PRESENTATION DES 28 INDICATEURS SELECTIONNES, VENTILES SELON LES DROITS	248
4.3.	LIMITES DE LA SELECTION	254
4.4.	AGREGATION EN UN INDICATEUR SYNTHETIQUE	254
5.	RESULTATS	255
6.	USAGES DE L'ISADF	258
7.	CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	259
	BIBLIOGRAPHIE	262

COMITES DE PATIENTS EN BELGIQUE : UN FORUM HYBRIDE AU SERVICE DE L'HOPITAL ?

PAR **BERNARD VOZ***, **JEAN-FRANÇOIS ORIANNE**** et **BENOIT PETRE*****

* Assistant, Université de Liège, Département des Sciences de la Santé Publique

** Professeur, Université de Liège, Centre de Recherche et d'Intervention Sociologique

*** Chargé de cours, Université de Liège, Département des Sciences de la Santé Publique

1. INTRODUCTION

Les systèmes de santé occidentaux sont décrits comme en crise, depuis plusieurs décennies, tant ils semblent affectés par l'expérience continue d'épisodes critiques (épidémie de sida, crise économique de 2008, crise du COVID-19) et de changements structurels (chronicité des maladies, vieillissement de la population)¹. Dans ce contexte, une des caractéristiques des politiques de santé depuis le début des années 2000 fut l'austérité budgétaire, la maîtrise des coûts relatifs aux soins de santé. Cette austérité s'est cependant rapidement accompagnée d'une crainte concernant son impact en matière de qualité des services de santé sur le territoire. Dans d'autres contextes que le nôtre, l'impact délétère de cette politique de réduction des coûts est avéré (Van Peteghem, F., 2016). Chez nous, la préoccupation vis-à-vis de la qualité des soins de santé reste majeure. Un récent rapport du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) met en évidence les risques encourus à ce sujet, en s'arrêtant particulièrement sur l'indicateur spécifique de la dotation infirmière au sein des hôpitaux. Le rapport met notamment en évidence que le nombre moyen de patients par infirmier reste largement supérieur à la norme internationale pour une pratique sûre (Van den Heede, K. et al., 2019).

Une des réponses apportées à cette « crise », et aux soucis de qualité qui en découlent, fut, et demeure, l'implication du patient à différents niveaux (Michel, P. et al., 2020 ; Ortiz Halabi, I. et al., 2020). Ceux-ci ont vu leur rôle évoluer dans les soins et la relation de soins (Pierron, J.-P., 2007), mais aussi dans la recherche et la formation (Gross, O. et al., 2017), dans l'élaboration des politiques publiques, et, enfin, au sein des institutions de soins (Bombard, Y. et al., 2018 ; Bréchat, P.-H. et al., 2006). Dans cet entre-deux, ni en prise directe avec le soin, ni en prise avec les rouages des politiques de santé, émerge le dispositif des comités de patients ; c'est là que le patient prend sa place dans la gouvernance d'une des institutions encore centrales de nos systèmes de santé : l'hôpital. Assez tardivement comparativement à d'autres secteurs², les patients sont invités à y faire connaître leur regard de patient.

(1) Voir par exemple : Wise, A., MacIntosh, E., Rajakulendran, N. et Khayat, Z., *Transforming health: Shifting from reactive to proactive and predictive care*, 2016, <https://bit.ly/2ldlvwF>, consulté le 11 novembre 2017, ou encore : Gross, O., 2017.

(2) Voir par exemple au sujet du travail social et de l'administration publique : Loncle et Rouyer, 2004.

L'arrivée d'un dispositif comme le comité de patients vient bousculer une organisation hospitalière longtemps considérée comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, H., 1989)³. La profession médicale a en effet bénéficié d'une autonomie d'organisation et d'exercice, assurant qu'« à la profession seule [soit] reconnu le droit de déclarer illégitime et intolérable un jugement ainsi porté du dehors » (Freidson, E., 1984). L'activité de la profession, ici médicale, peut être caractérisée de certaines valeurs spécifiques, qui régissent le fonctionnement des groupes professionnels : spécificité fonctionnelle, universalisme, neutralité affective, orientation vers la collectivité et évaluation d'autrui par ses accomplissements plutôt que par sa qualité (Parsons, T., 1955). L'organisation hospitalière s'est donc bâtie sur une hiérarchie des professions, que la profession médicale domine, et sur une légitimité de l'activité médicale acquise par le contrôle des pairs.

Par-delà les questions d'ordre logistique ou performatif, que certains auteurs s'attellent à résoudre (Ashworth, P. D. et al., 1992 ; Brownlea, A., 1987 ; Hibbard, J. H. et Greene, J., 2013 ; Sahlsten, M. J. M. et al., 2008), la participation des patients en hôpital semble soulever des questions plus fondamentales et moins consensuelles qu'il n'y paraît, sur lesquelles la littérature s'est jusqu'à présent peu penchée. Cela vient pourtant questionner l'organisation hospitalière en tant que bureaucratie professionnelle, hermétique jusqu'alors aux jugements qui lui étaient extérieurs, et dont l'évaluation de son fonctionnement était régie par des logiques strictement professionnelles.

Dans cet article, nous souhaitons : (1) situer le contexte d'émergence des comités de patients à travers la diffusion de l'idée de participation en Belgique, (2) mettre en évidence la traduction de cette idée sur le territoire belge, notamment par l'émergence de comités de patients, et (3) identifier en quoi les comités représentent un objet novateur et pertinent à analyser. Cette contribution s'appuie principalement sur une analyse documentaire regroupant les productions écrites d'organismes ou de groupements se positionnant, entre autres, comme promoteurs de l'idée de participation dans le domaine de la santé. Dans la section suivante, et afin de répondre à notre premier objectif, nous nous pencherons sur la manière dont se diffuse l'idée de participation sur le territoire belge francophone, pour approcher les questions nouvelles qu'elle pose à l'organisation hospitalière. Nous aborderons ainsi les postures de plusieurs acteurs nationaux : militants de la société civile, professionnels de santé en première ligne de soins, et le KCE. Nous verrons ensuite comment plusieurs acteurs internationaux relaieront ces orientations. Nous parcourrons, dans la troisième partie de ce papier, la traduction et l'instrumentation de ces positionnements au niveau belge. Enfin, nous tenterons, en quatrième partie, d'atteindre notre dernier objectif en synthétisant ce que cette analyse documentaire nous apprend, et ce que cela nous permet de dégager comme hypothèses quant aux fonctions effectives de ce dispositif.

(3) Henry Mintzberg la définit comme une configuration structurelle émergeant dans des environnements complexes et stables, dont les principaux paramètres de conceptions sont : la formation (à des expertises complexes), la spécialisation horizontale du travail, et la décentralisation horizontale et verticale, voir : Mintzberg, H., 1989.

2. PROMOTION DE L'IDEE DE PARTICIPATION

2.1. LES MOUVEMENTS SOCIAUX

En Belgique, une fédération des associations de patients et d'usagers des services de santé, la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), a été créée en 1999. Elle compte aujourd'hui 82 associations membres, et continue de militer pour une reconnaissance des droits du patient et pour une participation du patient, notamment dans les hôpitaux. La mission qu'elle se donne est de « contribuer à la construction d'un système de santé de qualité et accessible à tous »⁴. Elle joue par ailleurs un rôle dans certains comités de patients. L'orientation de sens qu'elle s'emploie à diffuser sur le territoire est empreinte des lignes directrices du militantisme patient qui se développe depuis les années 80 dans d'autres territoires, par exemple dans le cadre de l'épidémie de sida (Barbot, J., 2002 ; Dodier, N., 2003).

La critique que ce mouvement adresse à l'organisation bureaucratique et professionnelle de l'hôpital est de plusieurs ordres. Premièrement, à une vision globale de la santé comme problème physique individuel, elle substitue une idée de la santé comme problème collectif (politique) non-strictement physique⁵. En droite ligne de cela, ces mouvements proposent de battre en brèche la norme d'un monde de la santé régi par un groupe professionnel et ses savoirs scientifico-techniques. C'est donc, deuxièmement, l'autonomie médicale qui est bousculée. Ils militent pour la légitimité de la voix patiente dans l'espace public, tant pour sa propre santé que pour ce qui relève d'enjeux de santé collectifs dans la recherche ou l'élaboration de politiques de santé (Dodier, N., 2003).

En conséquence de ces deux critiques majeures, plusieurs principes d'action spécifiques à l'organisation hospitalière sont également épinglés par cet activisme. Notons par exemple que ces militants poursuivent unanimement le dépassement de « la figure du patient démuni et passif qui délègue toute initiative au médecin et au chercheur » (Barbot, J., 2002). Cette réhabilitation de la figure du patient sera au cœur de l'activisme de certaines associations. Soulignons également que la spécialisation de plus en plus grande des médecins est largement remise en cause par cet activisme qui entend remettre au centre du débat et du système de santé non plus des pathologies isolées, mais des individus totaux, qui doivent être appréhendés dans leur globalité. Par la critique de la spécificité fonctionnelle, un changement de perspective est proposé ; il ne s'agit plus uniquement de traiter une pathologie physique, mais de travailler à un « mieux vivre avec » un ensemble de problèmes relevant de sphères à la fois sociales, économiques, psychologiques et physiques (Barbot, J., 2002). L'activisme patient promeut donc une forme de réinstitutionnalisation des patients et oppose à une organisation bureaucratique professionnelle des principes d'action nouveaux. La participation des patients au système de santé doit porter ces objectifs et cette critique.

(4) <https://www.luss.be/qui-sommes-nous/>, consulté le 15 février 2022.

(5) Voir par exemple à ce sujet : People With AIDS, Principes de Denver, *Newsline*, consulté le 15 février 2022 sur <https://www.cocqsida.com/assets/files/1.qui-sommes-nous/principes-de-denver1985.pdf>. Edictés en 1985, les Principes de Denver portent en eux ce qui anime encore aujourd'hui la reconfiguration de la figure du patient : le dépassement d'une approche strictement biophysique de la maladie et l'appel aux patients à former des collectifs. Ces deux éléments constituent le cœur de la critique adressée à la bureaucratie professionnelle.

2.2. L'ENTREPRISE MORALE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

En dehors de l'hôpital, des professionnels de santé belges s'emparent également de l'idée de participation pour la diffuser au sein même du secteur de la santé. La critique jusqu'alors exprimée à l'extérieur du domaine de la santé devient une critique interne à celui-ci. Un des acteurs majeurs en la matière est la Fédération des maisons médicales, qui place la participation des patients au cœur de ses principes d'action depuis ses fondations⁶. Un détour par le discours porté par cette organisation à ses débuts permet de percevoir à nouveau la spécificité de la critique adressée à la bureaucratie professionnelle hospitalière (ci-après bph).

La vision défendue par ces professionnels est celle d'une santé considérée comme un bien-être global, aux antipodes de la santé physique maintenue par la technologie médicale. Dans cette acceptation, la santé est considérée comme un « bien parmi d'autres » qui doit contribuer à la libération de l'homme. Le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) indiquera à ce sujet que « la finalité ultime de la politique de santé n'est pas de développer à l'infini l'organisation médico-sanitaire, mais de libérer l'individu et la communauté de toute 'magie' médicale »⁷.

En lieu et place de l'autonomie médicale, ces soignants proposent donc la participation des individus et des communautés⁸. Les porte-paroles de cette mouvance entendent ainsi démedicaliser la santé, et en faire un lieu de choix moraux et politiques, bien plus que techniques. Si l'assise scientifique de la médecine n'est bien entendu pas remise en cause, la légitimité des décisions ne peut plus être uniquement scientifique ; ces acteurs appellent à une réappropriation de la santé par les communautés, considérant que « la dépossession du public de son savoir sur le corps, sur la santé, est un effet des progrès techniques de la médecine »⁹.

Par-delà ces deux critiques majeures, un des instruments de ce groupement, la rémunération au forfait, permet de saisir comment la bph est bousculée de deux manières jusque dans ses principes spécifiques d'action. Créée en 1982, elle oppose à une rémunération à l'acte un mode de financement des Centres de Santé Intégrés (CSI) où le montant versé est indépendant du nombre de contacts entre le patient et les professionnels de santé. Ce type de rémunération permet aux CSI de ne plus dépendre financièrement de la réalisation d'actes curatifs, mais de proposer également des activités d'ordre préventif et éducatif. En outre, la rémunération au forfait permet de composer et de rétribuer des équipes qui ne sont pas exclusivement constituées de personnel dont les actes sont prévus dans la nomenclature. Elle s'ouvre ainsi à une pratique véritablement pluridisciplinaire de la santé, malmenant la spécificité fonctionnelle propre à la bph (Colin, M. P. et Acker, D., 2009).

(6) Dès 1981, le GERM oppose à l'hospitalo-centrisme un modèle qui s'incarne dans la proposition de mise en œuvre de Centres de Santé Intégrés (CSI) définis, entre autre, par la participation de la population à leur fonctionnement. Voir à ce sujet : Vandormael, M., Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires, *les cahiers du GERM*, 1981.

(7) GERM, Pour une politique de la santé, Bruxelles, *La Revue nouvelle*, 1971.

(8) Le GERM en fera son premier axe de travail dans ses propositions pour reconstruire la politique de santé, voir : GERM, Pour une politique de la santé, Bruxelles, *La Revue nouvelle*, 1971.

(9) Vandormael, M., Le Centre de Santé Intégré et Les Maisons Médicales. Jalons pour les soins de santé primaires, *Les cahiers du GERM*, 1981.

2.3. LE CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE

Depuis 2002, la Belgique s'est dotée d'un centre d'expertise des soins de santé. L'une de ses missions premières est de « soutenir de manière qualitative la réalisation de meilleurs soins de santé » par la fourniture de diverses analyses et données¹⁰. Le KCE se trouve donc être un producteur essentiel, ainsi qu'un relais de données scientifiquement validées sur le territoire belge. Il est véritablement l'interface entre les scientifiques et les décideurs publics.

Comme une caisse de résonance du monde scientifique, où l'implication patiente occupe tout un pan de la littérature, le KCE s'empare également de l'idée de participation. Il a ainsi contribué à sa diffusion sur le territoire. La participation des patients apparaît une première fois dans une production du KCE en 2013, afin de tester l'acceptabilité de différents modèles d'implication des patients et des citoyens dans les décisions relatives aux soins de santé. Soulignons d'abord que la réceptivité de tous les acteurs de la santé est importante : le KCE a relevé « un niveau élevé de consensus » parmi un échantillon diversifié d'acteurs du système de santé (Christiaens, W. et al., 2013). Les auteurs y soulèvent trois types de justification (technocratique, démocratique et individualiste) dont aucune n'est relevée comme prépondérante parmi les parties prenantes belges aux décisions en matière de santé.

Les années suivantes virent plusieurs productions du centre à propos de différents moyens d'assurer cette implication des patients. A un niveau de participation relativement faible, relevons particulièrement des propositions visant à mieux prendre en compte les besoins des patients (Maertens de Noordhout, C. et al., 2021) ainsi que de leurs « expériences rapportées » (Desomer, A. et al., 2018). Ouvrant la porte à une participation plus importante, notons également que le centre s'est lui-même positionné pour l'implication des patients dans la recherche en politique des soins de santé (Cleemput, I. et al., 2019). Dans tous les cas, la participation est présentée comme pouvant améliorer tant l'efficacité présumée des décisions et mesures prises que leur légitimité.

Si les trois acteurs que nous venons de parcourir, mouvements sociaux, professionnels de santé et KCE, sont non-hospitaliers, ils contribuent à la diffusion de l'idée de participation sur le territoire et au questionnement d'une bph au cœur du système de santé belge. C'est cependant à partir du moment où des acteurs internationaux vont s'emparer de ces discours que l'idée de participation percolera au sein des hôpitaux.

(10) Loi portant la création du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2002.

2.4. LE ROLE DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES

L'hôpital résistera longtemps à ces impulsions. Pour que l'idée de participation acquière suffisamment de légitimité, les institutions internationales jouent un rôle prépondérant. En particulier, la façon dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et les organismes d'accréditation la promeuvent est décisive pour l'inscription hospitalière de celle-ci.

2.4.1. Positionnement de l'OMS

En Belgique comme ailleurs, l'OMS va largement contribuer à la promotion des acteurs de la première ligne de soin et des valeurs de participation des individus et des communautés, ainsi qu'au développement de la santé publique en elle-même.

La critique majeure que porte l'OMS à l'encontre de la bph tient sans conteste dans sa compréhension de la santé comme enjeu collectif aux dimensions multiples, plus que comme un problème physique individuel. Dès 1946¹¹, l'OMS propose une définition globale de la santé qui entérine le fait que celle-ci n'est pas un problème strictement physique que la technologie médicale doit traiter. Quelques années plus tard, en 1986¹², l'OMS va plus loin en insistant sur le fait que le propre du champ de la santé n'est pas de pallier la maladie, mais avant tout de prévenir celle-ci et de maintenir les conditions d'une bonne santé. L'Organisation oppose également à l'autonomie médicale l'autonomie du citoyen en santé, avec comme outil la participation. Après Alma-Ata et Ottawa, les appels à l'implication des citoyens continueront de colorer les déclarations et plans divers de l'OMS, jusqu'à nos jours¹³. Ce souci de participation prend un nouvel essor dans la Stratégie 2020 de l'OMS qui se donne comme axe stratégique d'« améliorer le leadership et la gouvernance participative pour la santé »¹⁴. Le patient citoyen est explicitement invité non plus à prendre part uniquement à sa santé, mais à s'impliquer en faveur de l'ensemble du système de santé.

En conséquence de ces positionnements répétés, l'OMS contribue à normaliser le recours à la participation des individus et des communautés comme une solution aux difficultés rencontrées par les systèmes de santé nationaux. De ce fait, la participation des individus se trouve décontextualisée des mouvements sociaux pour devenir une réponse à la situation d'essoufflement auquel fait face le système de santé organisé durant l'après-guerre, sur le modèle d'une bph.

(11) OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la santé, New-York, 1946.

(12) OMS, *Charte d'Ottawa*, Ottawa, 1986.

(13) La « participation active de la population au développement sanitaire » sera encore un des piliers de la stratégie « santé pour tous 2000 ». Voir également : OMS, *Déclaration de Shanghai*, Shanghai, 2016 et OMS, *Déclaration d'Astana*, Astana, 2018.

(14) OMS, *Santé 2020 - Cadre Politique et Stratégie*, Genève, 2013.

2.4.2. Positionnement OCDE

L'OCDE contribue également à alimenter les acteurs nationaux dans leurs actions en matière de santé¹⁵. Ainsi, l'OCDE va jouer un rôle crucial dans la réforme des politiques de protection maladie de différents états, en insufflant un « sens commun réformateur » et en faisant la promotion des recettes du New Public Management (NPM) (Serre, M. et Pierru, F., 2001). La vision de la santé défendue est ici celle d'un bien économique qui permet le maintien d'une croissance durable.

Par ses velléités de comparaison des systèmes de santé, de mesure de la performance, de poursuite de la qualité, l'activité des bph est exposée à des jugements portés non plus par des pairs, ni selon des critères définis par ces pairs, mais par des économistes, remettant en question l'autonomie médicale. Un des instruments phares de l'organisation est le paiement à la performance, présenté par l'OCDE comme une stratégie permettant d'assurer le *value for money* dans nos systèmes de santé¹⁶. Ce mécanisme de rémunération est en cours de mise en œuvre en Belgique, comme nous l'abordons plus bas. L'idée, simple, est de conditionner une partie de la rémunération des professionnels ou des institutions à l'atteinte d'indicateurs de qualité.

Une des valeurs sur lesquelles entend s'appuyer l'organisation pour améliorer les systèmes de santé est la participation des individus : « Les systèmes de soins de santé ont besoin d'engager les patients comme des acteurs actifs pour l'amélioration des soins de santé. [...] Une voix patiente forte est une priorité pour conserver des systèmes de santé axés sur la qualité lorsque les pressions financières sont aigües »¹⁷. La logique qui sous-tend cette participation connaît cependant une différence majeure avec les justifications perçues précédemment : « la logique de la transparence tant sur la qualité que sur les coûts des prestations ; la recherche de l'efficacité dans l'emploi des fonds publics ; la participation des usagers dans la définition et l'évaluation des prestations publiques » (Chappoz, Y. et Pupion, P.-C., 2012). Assortie des notions d'efficacité et de transparence, la participation n'existe plus en tant que moyen d'émancipation des individus et des communautés, mais bien comme moyen de maximisation de l'utilisation des ressources et comme technique de légitimation sociale (Rowe, R. et Shepherd, M., 2002).

2.4.3. Positionnement des organismes d'accréditation

Un dernier groupe d'acteurs internationaux joue un rôle crucial dans la diffusion de l'idée de participation sur le territoire belge : les organismes d'accréditation. Tant publics que privés, ils se sont emparés de ce rôle de promoteur de la participation des patients au travers de normes de qualité devant permettre de juger des services délivrés au sein des établissements hospitaliers. Ceux-ci s'inscrivent dans une dynamique d'accréditation qui peut être définie comme : « un ensemble d'initiatives permettant

(15) Si l'OCDE est plus généraliste, et porteuse d'une analyse économique, elle acquiert rapidement une influence sur les systèmes de santé nationaux, identifiés tant comme moteurs de l'économie, par la main d'œuvre qu'ils emploient et celle qu'ils permettent de maintenir en bonne santé, que comme poste important de dépenses pour les Etats.

(16) OCDE, *Value For Money in Health Spending*, *OECD Health Policy Studies*, 2010.

(17) OCDE, *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality*, *OECD Health Care Quality Review*, 2017.

l'évaluation externe des hôpitaux par rapport à des normes publiées, explicites et prédéfinies afin de stimuler l'amélioration continue de la qualité des soins de santé » (de Walcq, C. et al., 2008).

Ces programmes d'accréditation sont principalement axés sur l'évaluation d'indicateurs organisationnels et transversaux, au sein desquels trouve sa place, sous plusieurs formes, la participation du patient. A titre d'exemple, le programme français, dépendant de la Haute Autorité de Santé, retient, dans le chapitre Management de l'établissement, un critère « Implication des usagers, de leurs représentants et des associations »¹⁸. La Joint Commission International, organisme d'accréditation étatsunien, et accréditation Canada promeuvent tous deux une implication plus forte du patient et des familles dans leurs derniers manuels de certification, comme dans la diffusion, par exemple, de « pratiques exemplaires »¹⁹.

Une fois de plus, l'activité de la bph est exposée à un jugement qui lui est extérieur, et qui vient supplanter les critères d'évaluation utilisés jusque-là. Ces organismes d'accréditation ont une influence puissante sur le paysage hospitalier belge, dans la mesure où la quasi-totalité des hôpitaux s'est engagée dans des processus d'accréditation au cours des dernières années.

3. TRADUCTION EN BELGIQUE : MISE EN ŒUVRE DES COMITES DE PATIENTS

3.1. D'UNE INTENSE PRODUCTION DISCURSIVE ET DE QUELQUES INSTRUMENTS ...

Ces impulsions données à la participation patiente ne constituent aucunement un cadre contraignant pour les acteurs nationaux. En revanche, l'incitation à s'y engager est forte, au risque de ne plus répondre aux standards nationaux et internationaux du secteur²⁰. Il est donc crucial de savoir comment les acteurs s'en saisissent.

En Belgique, l'idée de participation s'instille principalement par une importante production de *soft law*, qui n'aborde pas nommément les comités de patients. Plusieurs gouvernements régionaux constitués en 2019 mobilisent, pour la santé, l'idée d'implication des patients dans leurs déclarations de politique générale. Le gouvernement bruxellois indique qu'il « soutiendra (...) la participation des citoyens dans l'élaboration et l'évaluation des politiques social-santé »²¹ quand son équivalent

(18) Haute Autorité de Santé, Manuel de Certification des établissements de santé, 2014.

(19) Ces manuels de certification, payants pour les hôpitaux, ne sont pas publics. Le site d'Accréditation Canada référence des pratiques exemplaires (<https://accreditation.ca/ca-fr/pratiques-exemplaires/>), dont une partie fait explicitement référence à la participation des usagers (voir par exemple : <https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/notre-experience-avec-le-conseil-consultatif-des-usagers-et-de-la-famille%e2%80%af-six-annes-damelioration-continue-de-la-qualite-strategique-et-durable-grace-la-participation-des-usagers/> ou <https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/cadre-de-participation-de-lusager-integre-verticalement-et-horizontalement-lensemble-de-lorganisme/>).

(20) Outre l'influence entre régions ou états, le fait que d'autres secteurs soient soumis à des orientations similaires participe à l'évolution du secteur de la santé. Ainsi, depuis plusieurs années, l'idée d'un Etat social actif prévaut, avec ses vellétés d'activation des personnes. Voir à ce sujet : Orianne, 2005.

(21) Gouvernement bruxellois, Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune, 2019.

wallon annonce que « La participation des citoyens-patients se concrétisera à plusieurs niveaux : dans la nature de la relation entre patient et prestataire (...), dans chaque institution de soins, dans la formation des (...) professionnels, dans les organes de concertation au niveau de la politique de santé, (...) »^{22 23 24}.

En sus de l'importante production discursive, quelques instruments d'action publique sont institués par le législateur, bien que ceux-ci restent peu nombreux. D'abord au niveau des modalités de dispensation directe des soins. L'acte législatif fondateur à ce sujet est la loi de 2002 relative aux droits du patient, qui traite principalement de questions d'information et de consentement. Ensuite, du point de vue de l'élaboration des politiques publiques, les patients se voient octroyer des mandats dans plusieurs organes : commission fédérale Droits du patient, organes consultatifs de l'Observatoire des maladies chroniques, conseil d'administration du KCE, comité au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers²⁵. Au niveau de la gouvernance des institutions de soins, une attention plus fine doit être apportée pour y observer ses implications. En effet, aucune législation n'institue à ce jour la participation des patients en milieu hospitalier, sous quelque forme que ce soit. La loi sur les hôpitaux du 7 août 1987, comme les arrêtés d'exécution qui l'ont suivie, ne porte rien à ce titre²⁶.

Deux signaux faibles nous renseignent malgré tout sur la dissémination de l'idée de participation dans les établissements de santé. Depuis 2007, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement propose aux hôpitaux des programmes pluriannuels « Coordination qualité et sécurité des

(22) Gouvernement wallon, Déclaration de politique Wallonie 2019-2024, 2019.

(23) Notons que cette dernière déclaration est finalement la seule à mentionner la participation de patients au sein même des institutions de soins. Et que ce souci de participation des patients n'était pas présent dans la Déclaration de politique régionale précédente, 2019-2014.

(24) Quelques années plus tôt, un plan de réorganisation des soins de première ligne souhaite « renforcer l'image du patient et de son entourage comme partenaire à part entière du processus de soins » et « positionner de façon structurelle l'activité des associations dans le système de santé », voir : Conférence interministérielle Santé publique, *Plan conjoint en faveur des maladies chroniques « Des soins intégrés pour une meilleure santé »*, 2015. De la même façon, la Wallonie s'est dotée en 2019 d'un plan de promotion de la santé dont l'un des axes stratégiques est « Renforcer l'action communautaire, promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment (...) ». Les dispositifs de participation au niveau local ou dans les institutions sont des outils utiles (...) », voir : AViQ, *WAPPS Plan wallon de prévention et de promotion de la santé*, 2019. La filiation avec l'OMS est nette, et revendiquée en introduction du document, celui-ci ayant été élaboré en collaboration directe avec l'OMS dans le cadre de la stratégie « Country Cooperation Strategy ».

(25) Voir : loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, arrêté royal du 28 janvier 2008 portant nomination des membres du comité consultatif, 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 l'Observatoire des maladies chroniques, et loi du 17 juillet 2015 modifiant la loi du 24 décembre 2002 portant la création du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, arrêté royal du 14 janvier 2018 relatif à la composition du Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

(26) La régulation de l'activité hospitalière se fait principalement par le biais des agréments hospitaliers, où mention est faite que les hôpitaux doivent respecter la loi relative aux droits du patient depuis qu'elle a été édictée.

patients »²⁷. Si le premier programme ne portait aucune mention de la participation ou de l'autonomisation du patient, les termes d'« *empowerment* du patient et de sa famille » apparaissent lors de sa seconde édition, pour la période 2013-2017. La note de cadrage relative à cette seconde édition indique que ces nouveaux thèmes ont été introduits en cohérence avec les programmes internationaux d'accréditation auxquels certaines institutions souscrivent déjà. Les attentes quant à cette thématique sont listées comme suit : « la collaboration des hôpitaux avec les patients et/ou les organisations de patients ; la représentation (périodique) des patients et/ou organisations de patients dans les conseils d'administration ; la communication structurée avec les patients et/ou organisations de patients »²⁸.

Parallèlement à ces programmes, depuis 2018, ce même service fédéral introduit progressivement un programme *pay 4 performance*. Bien qu'encore en cours d'élaboration, deux des indicateurs retenus à ce stade pour évaluer la performance à financer entretiennent des liens avec le référentiel de la participation patiente. Le premier de ces indicateurs est le *Patient Reported Experience Measure*, indicateur traitant l'expérience patient. Le second indicateur porte sur l'accréditation, effective ou en cours, par une instance agréée par l'International Society for Quality in Health Care (ISQua), dont les programmes, nous l'avons vu plus haut également, insistent sur la participation patiente.

Les premiers comités de patients en Belgique francophone sont mis sur pied en 2014, coïncidant avec les premiers textes relatifs à la participation du patient émis par le Service public fédéral à l'intention des hôpitaux²⁹. Les comités de patients apparaissent en un lieu ayant longtemps résisté à cette ouverture à ses usagers. Ils s'y déploient dans un contexte où l'organisation hospitalière bureaucratique et professionnelle fait face à de multiples critiques, et où plusieurs autres instruments déstabilisent cette organisation : le développement croissant de l'ambulatoire, la place accordée à la prévention et à la prise en charge de pathologies chroniques, la mise en réseaux des hôpitaux, les systèmes d'accréditation des hôpitaux. Le fait que les comités de patients ne soient pas isolés les rend d'autant plus pertinents à analyser ; ils ne peuvent pas être un soubresaut anecdotique de l'organisation des hôpitaux.

3.2. ... AUX COMITES DE PATIENTS

En 2014 apparaissent les premiers comités de patients en hôpitaux de soins généraux en Belgique francophone. Malgré quelques incitatifs abordés plus bas, aucun cadre contraignant ne vient instituer ce type de collectif. Ces comités belges sont dès le

(27) Groupe de travail Sécurité des Patients de la Commission nationale d'accompagnement pour la Performance hospitalière, *La sécurité du patient : éviter l'évitable* - Note stratégique sur la sécurité des patients, 2007, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, consulté le 15 février 2022 sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/note_securite_des_patients_fr_0_15772533_fr_1.pdf.

(28) Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, *Contrat 'Coordination qualité et sécurité des patients' - Note d'accompagnement Plan pluriannuel 2013-2017*, 2013. Pour la troisième édition de ce programme, valable de 2018 à 2022, le thème de travail « participation du patient » est retenu.

(29) Voir note 28.

départ pensés comme des organes consultatifs, installés au sein de l'hôpital pour y apporter un « regard patient » sur certains aspects de son fonctionnement, dans un objectif de qualité. Quelques années plus tard, en 2021, la Belgique francophone compte une petite dizaine de comités de patients actifs, alors que plusieurs autres germent ailleurs sur le territoire³⁰. Tous sont à l'initiative de personnel hospitalier, souvent issu des directions de la qualité des institutions et sensible aux questions d'implication des patients.

Plusieurs professionnels y siègent : médiation hospitalière, représentation des départements médicaux, infirmiers ou psycho-sociaux. A ceux-ci s'ajoute le passage ponctuel de porteurs de projets venant soumettre leur travail au commentaire des membres patients. Ceux-ci siègent généralement en nombre plus important que les professionnels ; les comités rassemblent de cinq à quinze patients, attestant d'un parcours de soin au sein de l'établissement visé. Notons que, contrairement à ce qui peut se faire dans d'autres pays, les associations de patients ne sont pas forcément parties prenantes de ces comités. La majeure partie de leur travail provient de demandes qui leur sont adressées par du personnel hospitalier. Par-delà cette diversité, tous les comités poursuivent cependant la mission d'améliorer la qualité, la sécurité et l'information transmise aux patients³¹.

4. LES COMITES DE PATIENTS COMME FORUMS HYBRIDES

4.1. PARTICIPER, LA VOIE MEDIANE DE DEUX ORIENTATIONS DE SENS A PRIORI ANTAGONISTES

Un arrêt attentif sur la dissémination de l'idée de participation dans les pages ci-dessus met cependant les comités de patients face aux tensions inhérentes à cet idéal. En effet, nous l'avons montré, les comités de patients émergent alors que de nombreuses critiques diversifiées sont portées à la bph par l'intermédiaire du discours sur la participation. Ces critiques identifiées ci-dessus s'inscrivent largement dans deux orientations de sens très présentes actuellement : la managérialisation et la démocratisation du système hospitalier.

La première de celles-ci prend sa source dans les principes du Nouveau Management Public (NMP), mouvement de réforme du secteur public par une culture du résultat et l'utilisation de méthodes de management empruntées au secteur privé (Chappoz, Y. et Pupion, P.-C., 2012). La mise en concurrence des organisations, la poursuite de leur rationalisation, ainsi que le souci de transparence et la participation des usagers à l'évaluation du fonctionnement composent une partie de son répertoire d'action, déjà à l'œuvre dans nos systèmes de santé (Benamouzig, D. et Pierru, F., 2011 ; Divay, S., 2018). L'autonomie médicale et la légitimité strictement scientifique des décisions sont largement remises en cause, nous l'avons vu, par des acteurs tels que l'OCDE ou les organismes d'accréditation. L'orientation managériale est en effet porteuse d'attentes

(30) En partie accompagnés par la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS). Des « rencontres inter-comités de patients » rassemblent les comités existants, voir : <https://www.paqs.be/fr-BE/Actualites/Rencontres-Inter-Comites-patients-francophones-en>.

(31) Voir à ce sujet : Voz, B., Bientôt un comité de patients chez vous ?, *All Teach, All Learn*, n° 13, 2020, disponible sur : <https://orbi.uliege.be/handle/2268/246982>.

quant à la légitimité économique de l'activité hospitalière, assortie de notions de qualité et de sécurité. Les répercussions semblent directes sur la spécificité fonctionnelle qui ne peut plus suffire à l'appréhension satisfaisante de l'activité hospitalière : celle-ci doit être envisagée de manière globale, avec une maîtrise de ses conséquences dans leur globalité³².

La seconde orientation de sens qu'incarnent les critiques identifiées plus haut se marque par un renforcement des droits des patients et, à nouveau, une volonté de participation accrue des patients au système de santé. Par l'inscription, ou la mise en évidence, dans la loi relative aux droits du patient et à leur participation, la « démocratie sanitaire » devient un des horizons que se donnent les systèmes de santé nationaux. La voie démocratique affirme, comme nous l'avons vu, une multiplicité de savoirs légitimes, revendiquant entre autres l'intérêt de savoirs patients. Cette légitimité ne peut plus être strictement scientifique mais se doit d'être également politique, comme le revendiquaient explicitement les acteurs du GERM. Ce faisant, la démocratisation égratigne également la spécificité fonctionnelle régissant l'activité hospitalière en appelant à une approche de l'individu dans sa globalité.

Tant la démocratisation que la managérialisation ne laissent plus aux seuls professionnels (médicaux) le soin de décider de ce qu'est le bien-être de la collectivité ni de la mesure dans laquelle elle l'atteint. L'ouverture du système hospitalier à la participation se trouve donc être un point de convergence de deux orientations de sens a priori antagonistes. Les critères d'évaluation sous-tendant les jugements ne sont de prime abord pas les mêmes, que l'on réponde de l'une ou de l'autre des logiques d'action. L'une, nous l'avons vu, agit dans un souci de transparence, d'évaluation par les usagers, quand l'autre sous-tend son action par un partage de savoirs et de pouvoirs.

4.2. HYPOTHESES ET QUESTIONNEMENT

La participation des patients émerge comme un moyen de contribuer à l'amélioration de la qualité de notre système hospitalier (Sebai, J., 2018), notion qui s'impose au début des années 90 comme nouveau « paradigme de l'action collective » (Serbon, M., 2000). Les comités de patients se donnent eux-mêmes cet objectif, objectif difficilement attaquant et supposé rallier une importante mobilisation collective (Fraisie, S. et al., 2003). Sous ses allures d'objectif incontestable censé rallier tous types d'acteurs à sa cause, la qualité n'en reste pas moins une notion polysémique dont l'introduction dans l'hôpital suscite des changements profonds, et les résistances qui l'accompagnent, qui touchent l'ensemble des groupes professionnels, ainsi que les usagers, de diverses façons (Benamouzig, D. et Robelet, M., 2014 ; Divay, S. et Garnoussi, N., 2020). Bien plus qu'un espace dépolitisé œuvrant à un bien commun supposé qu'est la qualité, nous faisons donc l'hypothèse que les dispositifs de participation tels que les comités de patients sont traversés par les deux orientations de sens majeures épinglées dans la section précédente, en synthèse de l'analyse documentaire de la dissémination de l'idée de participation. Nous émettons l'hypothèse selon laquelle cette délibération sur les valeurs spécifiques de la bph se trouve au cœur du travail des comités de patients

(32) Comme le laissent entrevoir les documents de l'OCDE déjà cités en note de bas de page 16 et 17.

et que, par ailleurs, l'absence de consensus *a priori* sur les contenus normatifs et les critères d'évaluation, se trouve au centre de ce dont discutent effectivement les comités de patients. Plus largement, nous émettons l'hypothèse que le travail de la qualité est un processus permanent d'accord et de définition de ce que doit être la qualité, par réaction à la bph actuelle.

Au terme de cette réflexion, il nous semble que les comités de patients gagnent à être envisagés comme des forums hybrides (Callon, M. et al., 2001 ; Jobert, B., 1992) où se discutent les contours d'un nouveau référentiel d'action pour l'organisation hospitalière. A la différence d'arènes aux compétences décisionnelles bien établies, ces comités permettent la discussion du fonctionnement actuel de l'hôpital, de son référentiel d'action dominant, et la construction de normes d'actions nouvelles. Au cœur de cette discussion se joue l'autonomie d'exercice et d'organisation d'une bureaucratie professionnelle.

L'analyse de l'émergence des comités de patients sur le territoire belge devra nous permettre d'accéder à l'inscription concrète de ces nouvelles orientations de sens, assumant que « chaque instrument est une forme condensée de savoir sur le pouvoir social et les façons de l'exercer » (Lascoumes, P. et Le Galès, P., 2012). Comme pour tout autre outil de gestion, cet instrument, véritable traceur de changement, doit nous permettre d'éclairer le contexte dans lequel il s'inscrit (Chiapello, E. et Gilbert, P., 2013), et finalement nous renseigner sur les changements sectoriels dont il est porteur : quels changements d'orientation de notre système de santé les comités de patients permettent-ils de révéler ? Et quelles fonctions ces dispositifs participatifs y remplissent-ils ?

5. CONCLUSION

Interpellés par l'émergence des comités de patients, nous avons analysé son contexte d'émergence, qui nous renseigne sur les orientations de sens dont ils sont porteurs. Ils incarnent des vellétés de managérialisation et de démocratisation de l'organisation hospitalière bureaucratique et professionnelle. Les comités de patients nous semblent devoir être considérés comme des espaces de délibération où est remise en question cette organisation hospitalière, et où démocratisation et managérialisation se confrontent pour lui indiquer de nouvelles normes d'action, bien plus que comme de simples outils œuvrant à la qualité de l'activité hospitalière. Les comités de patients se présentent comme un dispositif permettant d'observer les tensions à l'œuvre dans les politiques de santé actuelles, particulièrement en matière de qualité. Mener l'analyse de l'activité de ces forums hybrides pourrait permettre d'appréhender comment ils contribuent au renouvellement d'un système hospitalier « à bout de souffle », en dépassant la conceptualisation simpliste d'une perte d'autonomie ou d'une résistance d'un système professionnel (Le Bianic, T., 2011) et répondant au besoin de mieux comprendre ce qui est effectivement en jeu dans ces innovations (Pétri, B. et al., 2020).

BIBLIOGRAPHIE

Ashworth, P. D., Longmate, M. A. et Morrison, P., Patient participation: its meaning and significance in the context of caring, *Journal of Advanced Nursing*, 17(12), 1430-1439, 1992, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02814.x>.

Barbot, J., *Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.

Benamouzig, D. et Pierru, F., Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical, *Sociologie du travail*, 53(3), 293-348, 2011.

Benamouzig, D. et Robelet, M., Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital, *Quaderni*, 85, 67-84, 2014, <https://doi.org/10.4000/quaderni.838>.

Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J.-L. et Pomey, M. P., Engaging patients to improve quality of care: a systematic review, *Implementation Science*, 13(1), 2018, <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>.

Bréchat, P.-H., Bérard, A., Segouin, C. et Bertrand, D., Usagers et politiques de santé : bilans et perspectives, *Santé publique*, 18(2), 2006.

Brownlea, A., Participation: Myths, realities and prognosis, *Social Science & Medicine*, 25(6), 605-614, 1987, [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90085-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90085-2).

Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe, Y., *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*, Paris, Editions du Seuil, 2001.

Chappoz, Y. et Pupion, P.-C., Le New Public Management, *Gestion et Management Public*, 1(2), 1-3, 2012, <https://doi.org/10.3917/gmp.002.0001>.

Chiapello, E. et Gilbert, P., *Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Paris, La Découverte, 2013.

Christiaens, W., Kohn, L., Léonard, C., Denis, A., Daue, F. et Cleemput, I., Modèles pour l'implication des citoyens et des patients dans les politiques de soins de santé, *KCE Reports*, Bruxelles, 2013.

Cleemput, I., Dauvrin, M., Kohn, L., Mistiaen, P., Christiaens, W. et Léonard, C., Position of KCE on patient involvement in health care policy research, *KCE Reports*, Bruxelles, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019.

Colin, M. P. et Acker, D., Health centers: history and future prospects, *Santé publique*, 21(1), 57-65, 2009, <https://doi.org/10.3917/spub.090.0057>.

de Walcq, C., Seuntjens, B., Vermeyen, K., Peeters, G. et Vinck, I., Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe, *KCE reports*, 2008.

- Desomer, A., Van den Heede, K., Triemstra, M., Paget, J., De Boer, D., Kohn, L. et Cleemput, I., *L'utilisation des résultats et expériences rapportés par les patients (PROM/ PREM) à des fins cliniques et de gestion*, 2018, Bruxelles, www.kce.fgov.be.
- Divay, S., La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation, *Sciences Sociales et Santé*, 36(1), 39, 2018, <https://doi.org/10.3917/sss.361.0039>.
- Divay, S. et Garnoussi, N., L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements, *SociologieS*, 2020.
- Dodier, N., *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Ecole des Mines, 2003.
- Fraisse, S., Robelet, M. et Vinot, D., La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles, *Revue française de gestion*, 5(146), 155-166, 2003.
- Freidson, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Gross, O., *L'engagement des patients au service du système de santé*, Paris, Montrouge - John Libbe, 2017, <https://doi.org/10.3917/jle.gross.2017.01>.
- Gross, O., Ruelle, Y., Sannié, T., Khau, C.-A., Marchand, C., Mercier, A., Cartier, T. et Gagnayre, R., Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants, *Revue française des affaires sociales*, 1, 61-78, 2017.
- Hibbard, J. H. et Greene, J., What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs, *Health Affairs*, 32(2), 207-214, 2013, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061>.
- Jobert, B., Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques, *Revue française de science politique*, 42(2), 219-234, 1992.
- Lascoumes, P. et Le Galès, P., *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2012.
- Le Bianic, T., Les bureaucraties professionnelles face à la nouvelle gestion publique : déclin ou nouveau souffle ?, *Sociologie du travail*, 53(3), 2011.
- Loncle, P. et Rouyer, A., La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale, *Revue française des affaires sociales*, 1(4), 133, 2004, <https://doi.org/10.3917/rfas.044.0133>.
- Maertens de Noordhout, C., Detollenaere, J., Primus-de Jong, C., Kohn, L., Devleeschauwer, B., Charafeddine, R. et Cleemput, I., Comment identifier les besoins des patients ?, *KCE Reports*, Bruxelles, 2021.

Michel, P., Brudon, A., Pomey, M.-P., Durieu, I., Baille, N., Schott, A.-M., Dadon, I., Saout, C., Kouevi, A., Blanchardon, F., Volta-Paulet, B., Reynaud, Q. et Haesebaert, J., Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 68, 51-56, 2020.

Mintzberg, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation, 1989.

Orianne, J.-F., L'Etat social actif en action. Troubles de l'employabilité et traitement clinique du chômage, in Vielle, P., Pochet, P. et Cassiers, I. (dir.), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme ?*, P.I.E. Peter Lang, Collection « Travail & Société », n° 44, 179-207, 2005.

Ortiz Halabi, I., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., Baumann, M., Ziegler, O., Gagnayre, R., Guillaume, M., Bragard, I. et Pétré, B., "Patient Participation" and related concepts : A scoping review on their dimensional composition, *Patient Education and Counseling*, 103(1), 5-14, 2020.

Parsons, T., *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955.

Pétré, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A. et Flora, L., Patient partenaire : de la pratique à la recherche, *Santé publique*, 32(4), 371, 2020, <https://doi.org/10.3917/spub.204.0371>.

Pierron, J.-P., Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43, 2007, <https://doi.org/10.3917/sss.252.0043>.

Rowe, R. et Shepherd, M., Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control ?, *Social Policy & Administration*, 36(2), 275-290, 2002.

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B. et Plos, K. A. E., An Analysis of the Concept of Patient Participation, *Nursing Forum*, 43(1), 2-11, 2008, <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>.

Sebai, J., Participation citoyenne à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *Santé publique*, 30(5), 623-631, 2018, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85061574987&doi=10.3917%2Fspub.186.0623&partnerID=40&md5=4bf653e9f87805a8b4f86b507c816448>.

Serre, M. et Pierru, F., Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie, *Lien social et Politiques*, 45, 105-128, 2001.

Setbon, M., La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ?, *Sociologie du travail*, 42(1), 51-68, 2000, <https://doi.org/10.4000/sdt.36347>.

Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C. et Sermeus, W., Safe nurse staffing levels in acute hospitals, *KCE Reports*, 2019.

Vandormael, M., Le centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires, *Les cahiers du GERM*, 1981, https://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/1356/1b4bbff275dcf37747f3059ae48554a988902179/pdf/csi_vandormael.pdf.

Van Peteghem, F., Healthcare reform in times of economic turmoil in Japan: the era of cost containment from 1990 to Abenomics, *Revue belge de sécurité sociale*, 58(4), 523-578, 2016.

Voz, B., Bientôt un comité de patients chez vous ?, *All Teach, All Learn*, n° 13, 2020, <https://orbi.uliege.be/handle/2268/246982>.

Wise, A., MacIntosh, E., Rajakulendran, N. et Khayat, Z., *Transforming health: Shifting from reactive to proactive and predictive care*, 2016, <https://bit.ly/2ldlwvF>.

TABLE DES MATIERES

COMITES DE PATIENTS EN BELGIQUE : UN FORUM HYBRIDE AU SERVICE DE L'HOPITAL ?

1.	INTRODUCTION	267
2.	PROMOTION DE L'IDEE DE PARTICIPATION	269
2.1.	LES MOUVEMENTS SOCIAUX	269
2.2.	L'ENTREPRISE MORALE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	270
2.3.	LE CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTE	271
2.4.	LE ROLE DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES	272
3.	TRADUCTION EN BELGIQUE : MISE EN ŒUVRE DES COMITES DE PATIENTS	274
3.1.	D'UNE INTENSE PRODUCTION DISCURSIVE ET DE QUELQUES INSTRUMENTS	274
3.2.	... AUX COMITES DE PATIENTS	276
4.	LES COMITES DE PATIENTS COMME FORUMS HYBRIDES	277
4.1.	PARTICIPER, LA VOIE MEDIANE DE DEUX ORIENTATIONS DE SENS <i>A PRIORI</i> ANTAGONISTES	277
4.2.	HYPOTHESES ET QUESTIONNEMENT	278
5.	CONCLUSION	279
	BIBLIOGRAPHIE	280

DEVELOPPEMENTS DE L'EUROPE SOCIALE

DIGEST EUROPEEN - DIGEST INTERNATIONAL. JANVIER - MARS 2021

287 |

DIGEST EUROPEEN – DIGEST INTERNATIONAL.

JANVIER – MARS 2021

PAR | **DENIS BOUGET*** et **BART VANHERCKE****

* Nantes Université, LEMNA, France

** Observatoire social européen

Le premier trimestre de 2021 est marqué par une deuxième vague de COVID-19 débutée en septembre-octobre 2020. Simultanément, la vaccination contre la COVID-19 démarre en Europe. Du côté de la protection sociale, les changements provoqués par l'extension du numérique et des plateformes sont amplifiés par la crise sanitaire ; les confinements engendrent ou renforcent diverses formes de télétravail. D'une façon générale, le trimestre est caractérisé par la poursuite des négociations sur une proposition de directive concernant le salaire minimum et sur les politiques de genre. Le 27 mars 2021 entre en vigueur le programme « L'UE pour la santé » (*EU4Health*), qui fait suite au vote du Parlement européen du 9 mars 2021 et à son adoption par le Conseil le 17 mars : « Il s'agit de la dernière étape vers la mise à disposition de 5,1 milliards d'EUR pour renforcer la résilience des systèmes de santé et promouvoir l'innovation dans ce secteur »¹.

1. POLITIQUE GENERALE DE L'UNION EUROPEENNE

Le 1^{er} janvier 2021, le Portugal assure pour la quatrième fois la présidence du Conseil de l'Union européenne, et ce jusqu'au 30 juin. Son mot d'ordre est « Le temps d'agir : pour une relance juste, verte et numérique ». Le renforcement du modèle social européen comme vecteur de confiance des citoyens est un thème central de la présidence portugaise. La présidence annonce la tenue d'un sommet social européen à Porto les 7 et 8 mai 2021, avec comme thèmes centraux l'emploi, les qualifications et la protection sociale. Son objectif est de donner une impulsion à la concrétisation du socle européen des droits sociaux².

1.1. BREXIT

La sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne (UE), le 1^{er} janvier 2021, suscite une série d'inquiétudes quant à ses relations avec l'UE. Les sujets de tensions en janvier 2021 sont la concurrence déloyale en matière de protection des travailleurs, les divergences sur l'énergie et le climat, les pesticides ou bien les organismes génétiquement modifiés (OGM).

(1) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_1344.

(2) <https://www.2021portugal.eu/fr/actualites/sous-la-deviser-le-temps-d-agir-pour-une-reprise-juste-verte-et-numerique-le-portugal-entame-cette-presidence-avec-trois-grandes-priorites-pour-l-ue/>.

1.2. LE PLAN DE RELANCE EUROPEEN

Le mercredi 10 février 2021, le Parlement européen a approuvé à une large majorité (582 voix pour, 40 contre et 69 abstentions) l'accord interinstitutionnel sur la « Facilité pour la reprise et la résilience » (672,5 milliards d'EUR répartis entre prêts (360 milliards) et subventions (312,5 milliards). Cette « facilité » est la pièce maîtresse de *NextGenerationEU*, un instrument temporaire pour la relance économique qui permet à la Commission européenne de lever des fonds afin de réparer les dommages économiques et sociaux causés par la pandémie de COVID-19³. Le 16 février 2021, le Conseil « Affaires économiques et financières » (ECOFIN) précise les modalités pratiques des financements de l'UE dans le cadre du plan de relance (conditions d'emprunt, taux, dates de soumission des emprunts nationaux). Ces emprunts seront comptabilisés comme dette publique.

Pour répondre aux critiques émises par les syndicats sur la faiblesse des actions sociales dans le plan de relance, lors d'une session du Parlement européen le lundi 22 février 2021, les trois présidents (Conseil, Commission et Parlement) ont insisté sur la dimension sociale contenue dans le plan de relance, rappelant les thèmes traditionnels (égalité hommes-femmes, aide aux jeunes), ainsi que les thèmes écologiques (climat, environnement).

Le mardi 9 mars 2021, le Parlement européen a approuvé à une large majorité (496 voix pour, 57 contre et 144 abstentions) l'accord interinstitutionnel réglementant les modalités d'application du programme *InvestEU*⁴ : garantie publique pour absorber certains déficits, financement d'infrastructures, financement de l'innovation dans le secteur numérique, etc.

1.3. LA BANQUE CENTRALE EUROPEENNE

Durant le premier trimestre 2021, l'annulation ou non de la dette des Etats est source de débats. Dans un manifeste, 150 économistes, dont Thomas Piketty (FR) et László Andor (HU) ancien commissaire européen en charge de l'emploi et des affaires sociales), plaident pour l'annulation. Un des avantages de cette annulation serait de donner aux Etats et à l'UE des marges de manœuvre budgétaires, pour l'instant très réduites du fait du poste du remboursement de la dette.

La Banque centrale européenne (BCE) maintient sa politique d'assouplissement monétaire (Déclaration du 21 janvier 2021). En outre, lors d'un débat au Parlement européen, le 8 février 2021, la présidente de la BCE annonce un infléchissement des mesures de crédit vers des prêts « verts »⁵.

Le Conseil des gouverneurs de la BCE décide, le jeudi 11 mars, d'augmenter fortement le rythme des rachats de titres essentiellement souverains, au trimestre prochain, dans le cadre de l'opération *Pandemic Emergency Purchase Programme* (programme d'achats d'urgence ou PEPP) lancée au printemps 2020 pour contrer les turbulences financières

(3) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0038_FR.html.

(4) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/PV-9-2021-03-09-ITM-004_FR.html.

(5) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/PV-9-2021-02-08-ITM-013_FR.html.

déclenchées par la pandémie de COVID-19, et plus particulièrement la remontée des taux d'intérêt observée sur les marchés⁶.

Le 26 mars 2021, la Cour constitutionnelle allemande (Cour de Karlsruhe) conteste la politique d'assouplissement monétaire de l'UE, jugée non constitutionnelle en Allemagne. Réaction immédiate de la Commission européenne : le pays est sommé de respecter les décisions légales européennes.

Par ailleurs, le 25 février 2021, les ministres des Finances du G20 publient une déclaration qui soutient les politiques d'assouplissements budgétaire et monétaire pour faire face aux conséquences économiques de la pandémie.

1.4. ETAT DE DROIT DANS L'UNION EUROPEENNE

Le 18 février 2021, la Commission européenne exige que la Hongrie obéisse à un arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) du 18 juin 2020 qui condamne le pays au motif que celui-ci impose l'enregistrement des fonds étrangers des grandes associations⁷, en contradiction avec les textes européens.

Le Parlement européen, en assemblée plénière du 11 mars puis du 25 mars 2021, exige l'application du principe de conditionnalité afin de protéger le budget européen, en particulier dans l'attribution de subventions de *NextGenerationEU*⁸. Sans surprise, deux pays – la Pologne et la Hongrie – contestent les décisions de la CJUE tout en dénonçant « l'abus de pouvoir » de l'UE à leur égard.

1.5. ELECTIONS AUX ETATS-UNIS

A l'issue des élections du 3 novembre 2020, le nouveau président des Etats-Unis, Joe Biden, prend ses fonctions à la Maison-Blanche le 20 janvier 2021, dans un contexte sanitaire (COVID-19) et sécuritaire (assaut du Capitole par les partisans de Donald Trump, qui refuse d'admettre sa défaite électorale) difficile. Plusieurs décisions internationales du nouveau président défont celles de son prédécesseur : le retour officiel des Etats-Unis d'Amérique dans l'Accord de Paris sur le climat est décidé le 19 février 2021.

2. POLITIQUE SOCIALE DE L'UNION EUROPEENNE

2.1. NOUVEAU CONTRAT SOCIAL

La présidence portugaise de l'UE durant le premier semestre 2021 a mis l'accent sur les actions et politiques sociales de l'Europe. La préparation du sommet social européen de Porto au second trimestre provoque un regain d'intérêt pour la protection sociale

(6) <https://www.ecb.europa.eu/press/pr/date/2021/html/ecb.mp210311-35ba71f535.fr.html>.

(7) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/inf_21_441.

(8) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0103_FR.html.

des employés et le renouveau du contrat social⁹. Cette préoccupation est reprise par la présidente de la Commission européenne le 20 janvier 2021 devant le Parlement européen¹⁰.

2.2. DROIT A LA DECONNEXION

Le 21 janvier 2021, le Parlement européen vote une résolution sur le droit à la déconnexion¹¹ qui fixerait « des exigences minimales pour permettre aux travailleurs qui utilisent des outils numériques, y compris les TIC (Technologies de l'information et de la communication), à des fins professionnelles, d'exercer leur droit à la déconnexion et pour garantir que les employeurs respectent le droit des travailleurs à la déconnexion. Elle s'applique à tous les secteurs, tant publics que privés, et à tous les travailleurs, indépendamment de leur statut et de leur régime de travail ».

Le 24 février 2021, dans un contexte assez houleux, la Commission européenne lance une première consultation auprès des partenaires sociaux afin de « protéger les personnes travaillant par l'intermédiaire de plateformes » numériques¹². L'idée de définir un statut particulier pour les travailleurs de plateformes fait débat : définition ou non d'un statut particulier, prééminence des partenaires sociaux pour établir une nouvelle législation si nécessaire, difficulté d'une décision européenne face au principe de subsidiarité. Les syndicats d'employés et les unions patronales sont en total désaccord entre eux. Le 4 mars 2021, une majorité de députés de la commission emploi et affaires sociales (EMPL) du Parlement européen est opposée à la création d'un nouveau statut des employés des plateformes¹³.

2.3. LE DETACHEMENT DES TRAVAILLEURS DANS LE TRANSPORT

Le 19 février 2021, la Commission européenne publie les conclusions de deux études¹⁴ qui ont évalué les conséquences de l'application de la directive « Mobilité 1 » sur le détachement des travailleurs dans le domaine des transports (poids lourds et cabotage)¹⁵. Les études ne montrent pas d'augmentation suffisamment significative de gaz à effet de serre qui serait liée à l'obligation imposée aux chauffeurs de revenir dans leur pays au moins une fois toutes les huit semaines et aux voyages supplémentaires engendrés par cette obligation.

(9) Voir par exemple les conclusions du Bilan social de l'Union européenne 2020, Bruxelles, Observatoire social européen/Institut européen des syndicats (ETUI).

(10) Discours de la Présidente von der Leyen à la plénière du Parlement européen sur la présentation du programme d'activités de la Présidence portugaise du Conseil de l'UE, 20 janvier 2021, Bruxelles, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/speech_21_168.

(11) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0021_FR.html.

(12) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_686.

(13) Commission EMPL, 4 mars 2021, https://emeeting.europarl.europa.eu/emeeting/committee/fr/agenda/202103/EMPL?meeting=EMPL-2021-0304_1&session=03-04-16-45.

(14) https://transport.ec.europa.eu/news/mobility-package-i-european-commission-publishes-study-results-2021-02-19_en.

(15) Directive du 15 juillet 2020.

2.4. LE TRAVAIL PORTUAIRE ET LA LIBERTE D'EMBAUCHE

En Belgique, la loi organisant le travail portuaire impose que l'embauche soit restreinte aux « ouvriers portuaires reconnus ». A la suite de deux recours devant la CJUE par deux entreprises qui estiment que cette loi est une atteinte à la liberté fondamentale de mouvement des travailleurs dans l'UE, la Cour estime le 11 février 2021 (affaires jointes C407/19 et C471/19)¹⁶ qu'une telle restriction peut être justifiée par des motifs de sécurité dans les ports et la nécessaire prévention des accidents.

2.5. LA SANTE AU TRAVAIL

Le 25 mars 2021, la commission emploi et affaires sociales du Parlement européen adopte à une forte majorité un projet de résolution pour étendre encore le champ d'application de la directive sur la protection des travailleurs contre les agents cancérigènes et mutagènes, en incluant des agents reprotoxiques¹⁷. Tandis que la Confédération européenne des syndicats (CES) accueille favorablement cette avancée, l'union patronale BusinessEurope demande une amélioration des données sur ces domaines. Le 29 mars 2021, la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) lance une campagne de mobilisation sur ces thèmes.

2.6. DROIT SOCIAL

Le 9 mars 2021, la CJUE (Affaires C-344/19¹⁸ et C-580/19¹⁹) considère qu'une période de garde sous astreinte est du temps de travail dès lors qu'elle affecte très significativement le temps libre de l'employé. La Cour indique que pour évaluer qu'une période de garde constitue du « temps de travail », seules les contraintes imposées au travailleur, que ce soit par une réglementation nationale, par une convention collective ou par son employeur, peuvent être prises en considération.

Le 17 mars 2021, la CJUE (Affaire C-585/19) clarifie la définition du temps quotidien de repos. Dans une affaire où le travailleur a plusieurs contrats de travail avec le même employeur, le temps quotidien de repos doit être calculé sur l'ensemble des contrats et non contrat par contrat²⁰.

2.7. PROTECTION SOCIALE DES INDEPENDANTS ET DES TRAVAILLEURS ATYPIQUES

Généralement moins protégés socialement que les salariés, les travailleurs indépendants subissent de plein fouet les conséquences de la pandémie²¹ : difficultés financières, diminution des heures travaillées, fortes inégalités selon les secteurs. Les secteurs les

(16) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=237644&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=4577876>.

(17) <https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/231492/Roll-call%20votes%2025%20March%202021.pdf>.

(18) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=238662&text=&dir=&doclang=FR&part=1&occ=first&mode=DOC&pageIndex=0&cid=378836>.

(19) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=238663&doclang=FR>.

(20) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=238961&pageIndex=0&doclang=FR&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=5770171>.

(21) European Commission, 2021, The self-employed in the context of the COVID-19 crisis, Bruxelles, EC, *Quarterly Review on Employment and Social Developments in Europe*, pp.17-26, mars 2021.

plus touchés sont le bâtiment, la culture, l'hôtellerie et le travail de plateforme. Bien que ces formes d'activité soient soumises directement aux règles de la concurrence économique, la Commission européenne envisage une voie de conventions collectives qui pourraient les protéger (heures travaillées, congés, protection sociale, chômage). Le 6 janvier 2021, la Commission publie tout d'abord un *inception assessment*²², collecte l'avis des partenaires sociaux le 3 février 2021 et lance une consultation plus large le 5 mars 2021²³.

2.8. UN SALAIRE MINIMUM EQUITABLE EUROPEEN

Le 14 janvier 2021²⁴, à une faible majorité (29 votes pour, 2 contre et 21 abstentions), la commission emploi et affaires sociales (EMPL) du Parlement européen demande que le salaire minimum en Europe soit supérieur au seuil de pauvreté du pays concerné. Le 10 février 2021, le Parlement européen²⁵ demande l'introduction d'un salaire minimum national légal pour tous les travailleurs, y compris les travailleurs « atypiques » (en particulier les plateformes) qui soit fixé au-dessus du seuil de pauvreté du pays. Comme prévu, les délégations scandinaves s'opposent à sa création. Le 19 mars 2021²⁶, le Comité européen des régions (CdR) se prononce à une très large majorité en faveur d'une directive définissant le salaire minimum à 60 % du salaire médian.

2.9. L'INSTRUMENT SURE

Le 22 mars 2021, la Commission européenne publie son premier bilan de la mise en place de l'instrument SURE (*Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency*) destiné à protéger les emplois et les revenus touchés par la pandémie de COVID-19. Sur un budget de 100 milliards d'EUR empruntés par l'UE sur les marchés financiers, 90 milliards ont été affectés à 18 pays, dont l'Espagne, l'Italie et la Pologne sont les principaux bénéficiaires. Selon le rapport, cette aide a été apportée à 21,5 millions de salariés et 5 millions de chefs d'entreprise indépendants²⁷. Devant ce succès, la Commission annonce qu'elle a augmenté le budget initial et qu'elle accroît l'aide à six pays²⁸, dont la Grèce.

2.10. LUTTE CONTRE LA PAUVRETE DES ENFANTS

Le 24 mars 201, la Commission européenne adopte la première stratégie globale de l'UE sur les droits de l'enfant, et le Conseil adopte une recommandation établissant « une garantie européenne pour l'enfance » (*Child Guarantee*), afin de promouvoir

(22) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/mex_21_23.

(23) https://ec.europa.eu/competition-policy/public-consultations/2021-collective-bargaining_en.

(24) <https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/217345/Roll-call%20votes%2014%20January%202021.pdf>.

(25) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0044_FR.html.

(26) Comité européen des régions : <https://cor.europa.eu/en/our-work/Pages/OpinionTimeline.aspx?opid=CDR-5859-2020>.

(27) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_1209.

(28) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_1467.

l'égalité des chances pour les enfants exposés au risque de pauvreté ou d'exclusion sociale²⁹ : fournir un accès gratuit et effectif aux enfants dans le besoin (santé, scolarité), des conditions de logement satisfaisantes et une alimentation saine. Tout en soulignant ses limites, les associations concernées ainsi que le Parlement européen accueillent favorablement cette initiative.

2.11. LA POLITIQUE DES GENRES

Le 5 mars 2021, la Commission européenne publie son rapport annuel sur l'égalité hommes-femmes. Ce rapport montre l'impact particulièrement intense du COVID-19 sur la situation des femmes³⁰. Le 8 mars 2021, à l'occasion de la journée internationale des femmes, la présidente de la Commission européenne, accompagnée de neuf chefs d'Etat ou de gouvernement, fait une déclaration pour améliorer les droits des femmes, dans le cadre de la relance économique « après COVID »³¹.

2.11.1. Genres et égalité économique

Le 18 janvier 2021, la CES³² rappelle le projet de transparence des salaires entre les hommes et les femmes. Le 21 janvier 2021, la commissaire européenne à l'égalité, Helena Dalli, est sévèrement critiquée par l'assemblée plénière du Parlement européen pour l'absence ou le retard accumulé dans les propositions de la Commission. Le Parlement européen adopte trois résolutions sur les genres : sur les conséquences de la COVID-19³³, sur la stratégie de l'égalité de genre (violence, conditions de travail, etc.)³⁴ et sur l'insuffisante insertion des femmes dans le secteur numérique³⁵.

Le 3 mars 2021, la Commission européenne propose une directive pour plus de transparence des salaires et d'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes³⁶. Dans son article premier, « La directive vise à établir des exigences minimales en vue de renforcer l'application du principe de l'égalité des rémunérations entre hommes et femmes et de l'interdiction de toute discrimination fondée sur le sexe par la transparence des rémunérations et le renforcement des mécanismes d'exécution ».

(29) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_1226.

(30) *2021 Report on gender equality in the EU*, https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/annual_report_ge_2021_en.pdf.

(31) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/speech_21_1064.

(32) <https://www.etuc.org/fr/pressrelease/les-femmes-payees-jusqua-800-EUR-de-moins-que-les-hommes-pour-un-meme-travail> ; <https://www.etuc.org/fr/document/corrigendumresolution-de-la-ces-sur-la-directive-sur-la-transparence-salariale-entre>.

(33) Résolution du Parlement européen du 21 janvier 2021 sur la perspective de genre pendant la crise de la COVID-19 et la période de l'après-crise, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0024_FR.html.

(34) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_FR.html.

(35) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0026_FR.html.

(36) Proposition de directive visant à renforcer l'application du principe de l'égalité des rémunérations entre hommes et femmes pour un même travail ou un travail de même valeur par la transparence des rémunérations et les mécanismes d'exécution. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/docs_autres_institutions/commission_europeenne/com/2021/0093/COM_COM\(2021\)0093_FR.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/docs_autres_institutions/commission_europeenne/com/2021/0093/COM_COM(2021)0093_FR.pdf).

2.11.2. Décisions de la Cour de justice de l'Union européenne

Le 25 février 2021, la CJUE prend position sur une affaire de congé parental (Affaire C-129/20)³⁷. La Caisse nationale (Luxembourg) pour l'avenir des enfants refusait un congé parental trois ans après la naissance de jumeaux, au motif que la personne n'était pas en activité au moment de la naissance des enfants. Selon la CJUE, si la naissance (ou l'adoption) d'un enfant et le statut de salarié constituent des critères pour l'obtention d'une prestation, ceci n'implique nullement que le salarié doit être effectivement au travail au moment de la naissance.

Dans l'affaire (C-490/20) de reconnaissance parentale d'un enfant par un couple de même sexe par les autorités bulgares, le 15 avril 2021, l'avocate générale de la CJUE estime que « la République de Bulgarie ne peut refuser de délivrer, au motif que le droit bulgare ne reconnaît ni l'institution du mariage entre personnes de même sexe, ni la maternité de l'épouse de la mère biologique d'un enfant, un document d'identité et les documents de voyage nécessaires à l'enfant ».

2.11.3. Violences et féminicides

Le 5 février 2021, dans le cadre de la stratégie sur les droits de l'enfant, la Commission européenne prépare de nouvelles recommandations qui visent à empêcher la mutilation génitale des femmes³⁸. Le 8 février 2021 (et jusqu'au 11 mai 2021), la Commission européenne lance une consultation publique sur les violences faites aux femmes et sur les sanctions à l'égard de leurs auteurs³⁹. Le 11 février 2021, le Parlement européen déplore que les objectifs de la Convention de Beijing (25 ans auparavant) ne soient atteints par aucun Etat membre⁴⁰. En réaction aux décisions polonaises de villes ou de régions libres de LGBTI⁴¹ (c.-à-d. interdites aux LGBTI), les parlementaires lancent un nouveau slogan '*LGBTI Freedom Zone*' pour montrer que l'Union européenne est une zone libre pour eux⁴².

Début 2021, l'Union européenne n'a pas encore signé la Convention du Conseil de l'Europe sur les violences à l'égard des femmes (la Convention d'Istanbul), car six Etats membres ne l'ont pas signée ou ratifiée. Interrogé, l'avocat général de la CJUE estime, le 11 mars 2021, que l'Union pourrait ratifier la Convention, même en l'absence de l'unanimité des Etats membres⁴³. Parallèlement, le 20 mars 2021, la Turquie décide de quitter la Convention d'Istanbul alors que ce pays était le premier à la signer (12 mars 2012). La décision de la Turquie a été immédiatement dénoncée par les organes du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne.

(37) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?jsessionid=2C42C371EB46F28BF876E4A1D4C66CDE?text=&docid=240039&pageIndex=0&doclang=FR&mode=req&dir=&occ=first&part=1&id=3232491>.

(38) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/statement_21_401.

(39) https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12682-Lutter-contre-les-violences-sexistes-protéger-les-victimes-et-punir-les-auteurs_fr.

(40) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0058_FR.html.

(41) LGBTI : lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes.

(42) Europe Daily Bulletin No. 12656, 12 février 2021.

(43) CJUE, Press release, No37/21, Luxembourg, 11 mars 2021.

A propos du droit à l'avortement, face aux critiques de la commission du droit des femmes et des libertés civiles du Parlement européen, le 25 février 2021, l'ambassadeur de la Pologne auprès de l'UE réitère qu'aucune disposition des traités de l'UE ne contraint la Pologne à interdire l'avortement au nom du droit à la vie⁴⁴.

2.12. DISCRIMINATIONS – INCLUSION – PERSONNES HANDICAPÉES ET ROMS

Le 26 janvier 2021, la CJUE clarifie les notions de discrimination directe et discrimination indirecte vis-à-vis des employés handicapés (Affaire C-16/19). La Cour a été saisie par le tribunal régional de Cracovie sur le cas d'une clinique ayant appliqué une discrimination de complément de salaire entre différents employés handicapés. La CJUE rappelle que « la directive 2000/78 interdit notamment toute discrimination directe ou indirecte fondée sur le handicap », y compris entre salariés handicapés⁴⁵.

Par ailleurs, la Commission européenne présente, le 3 mars 2021, sa stratégie en faveur des personnes handicapées 2021-2030⁴⁶, sur la base des principes d'égalité et de non-discrimination et en cohérence avec le socle européen des droits sociaux : conditions quotidiennes de vie, emploi, mobilité. De son côté, le 10 mars 2021, le Parlement européen adopte à une très large majorité (578 voix pour, 65 contre, 51 abstentions) une résolution en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail conformément à la Convention des Nations unies sur les droits des personnes handicapées (CNUDPH).

Le 12 mars 2021, dans le même esprit de lutte contre les discriminations, le Conseil de l'UE adopte une recommandation sur l'égalité, l'inclusion et la participation des Roms⁴⁷. La recommandation demande aux Etats membres de lutter contre les formes de ségrégation à leur égard, en particulier sur le marché de l'emploi et en matière de respect des droits sociaux, de lutter contre la pauvreté qui les frappe et de faciliter l'égalité d'accès aux services de santé, à l'éducation et à la formation.

2.13. FONDS SOCIAL EUROPEEN PLUS

Le 28 janvier 2021, le Parlement européen et le Conseil de l'UE⁴⁸ aboutissent à un accord politique pour attribuer un quart du Fonds social européen plus (FSE+) à l'inclusion sociale, principalement au profit des populations les plus défavorisées. Cet accord marque une réorientation du projet initial, fortement axé sur le travail et l'emploi, vers une politique plus large d'inclusion sociale, en particulier pour les enfants souffrant de conditions de vie dégradées ou les jeunes sans éducation,

(44) Bulletin Quotidien Europe, Europe Daily Bulletin No. 12665, 25 février 2021.

(45) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?jsessionid=4B6D720036C81C99846E56449EEE74C9?text=&docid=236963&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&c id=28372082>.

(46) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_810.

(47) <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2021/03/12/council-reaffirms-commitment-to-combat-discrimination-against-roma/>.

(48) <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2021/01/28/european-social-fund-plus-council-and-parliament-reach-a-provisional-deal/>.

formation ou emploi. Le 4 mars 2021, la commission emploi et affaires sociales (EMPL) du Parlement européen⁴⁹ vote à une très large majorité (50 voix pour, 2 contre, 2 abstentions) un texte plus détaillé qui sera soumis à un vote en assemblée plénière.

2.14. SOCLE EUROPEEN DES DROITS SOCIAUX

Le 4 mars 2021, la Commission européenne publie son plan d'action sur le socle européen des droits sociaux d'ici 2030⁵⁰. Ce plan définit des actions législatives et non législatives de la mise en œuvre du socle dans un effort conjoint des Etats membres et de l'UE, avec la participation active des partenaires sociaux et de la société civile. Concrètement : au moins 78 % de la population adulte devrait avoir un emploi ; au moins 60 % des adultes devraient bénéficier d'activités de formation chaque année ; le nombre de personnes menacées de pauvreté ou d'exclusion sociale devrait diminuer d'au moins 15 millions. Ce plan est plutôt bien accueilli par le Parlement européen, lors d'un débat le 10 mars et du vote d'une résolution relative au Semestre européen⁵¹.

2.15. COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE

Après l'échec des négociations interinstitutionnelles en décembre 2020, la présidence portugaise de l'UE reprend le chantier en vue d'un accord pour la révision du règlement sur la coordination des systèmes de sécurité sociale dans l'Union européenne⁵². Cependant, le 1^{er} mars 2021⁵³, les négociations entre la présidence de l'UE et le Parlement européen bloquent une nouvelle fois principalement sur l'obligation de la notification préalable à l'Etat d'accueil d'un travailleur pour une entreprise d'un autre pays membre de l'UE. Pour le Conseil, ce principe doit être accompagné d'une possibilité d'exemption temporelle (par exemple dans le cas des voyages d'affaires), mais le Parlement craint qu'elle ne devienne un moyen de détournement de la règle. Il craint en particulier que l'exemption soit utilisée par les entreprises du secteur de la construction et celles du transport international pour contourner la directive sur le travail détaché.

3. POLITIQUES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES

D'une façon générale, le premier trimestre 2021 connaît une forte activité politique, organisationnelle et jurisprudentielle impulsée par le programme du Pacte vert pour l'Europe. L'accélération du réchauffement climatique étant de plus en plus évidente, toutes les institutions européennes se saisissent de cette préoccupation. Pour donner un aperçu de la diversité des domaines concernés, signalons quelques actions, événements ou publications. Le 4 mars 2021, la Commission européenne et l'Agence européenne pour l'environnement lancent un nouvel Observatoire européen du climat

(49) <https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/230646/Roll-call%20votes%204%20March%202021.pdf>.

(50) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_820.

(51) Résolution du PE du 11 mars 2021 sur le Semestre européen pour la coordination des politiques économiques : aspects liés à l'emploi et à la politique sociale dans la stratégie annuelle 2021 pour une croissance durable, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0084_FR.html.

(52) <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6051-2021-INIT/en/pdf>.

(53) Bulletin Quotidien Europe, n° 12669, 3 mars 2021.

et de la santé (*European Climate and Health Observatory*)⁵⁴ ; au Parlement européen, le 10 mars 2021, les députés adoptent (440 voix pour, 70 contre, 180 abstentions) le rapport parlementaire sur un « mécanisme européen d'ajustement des émissions de carbone aux frontières compatible avec l'Organisation mondiale du commerce (OMC) » (CBAM)⁵⁵ ; le 17 mars 2021, le Conseil de l'UE publie une proposition du 8e programme d'action pour l'environnement (PAE) jusqu'en 2030⁵⁶ ; le 16 mars 2021, le Conseil de l'UE⁵⁷ aboutit à un accord politique sur le budget du programme LIFE⁵⁸ ; dans le cadre du financement pluriannuel 2021-2027, le 18 mars, les ministres de l'Environnement se réunissent afin d'examiner les budgets pour « verdir » le Semestre européen⁵⁹ ; le même jour, le 18 mars 2021, la BCE publie les résultats d'une enquête sur la capacité de résistance du secteur financier au changement climatique⁶⁰.

De son côté, le 18 février 2021, la Commission européenne saisit la CJUE contre quatre Etats membres pour le non-respect de plusieurs directives : la Slovaquie pour mauvaise qualité de l'air et un taux de particules trop élevé⁶¹, la Pologne pour bruit excessif de voies de circulation⁶², l'Allemagne pour non-respect de la biodiversité et de l'habitat naturel de la faune et de la flore⁶³, la Slovénie pour non-respect de la directive sur les eaux résiduelles⁶⁴.

Mais, à côté de toutes ces initiatives qui illustrent l'urgence d'agir, le 2 mars 2021, les négociations entre le Conseil de l'UE et le Parlement européen (4^e trilogue) sur la loi climat n'avancent guère⁶⁵.

3.1. POLITIQUES DU LOGEMENT

Le 21 janvier 2021, le Parlement européen vote une résolution (391 voix pour, 114 contre, et 177 abstentions)⁶⁶ intitulée « Accès à un logement décent et abordable pour tous » qui rappelle que l'accès au logement est un droit fondamental.

(54) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/mex_21_1016.

(55) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0071_FR.html.

(56) <https://www.consilium.europa.eu/media/48870/st-7121-2021-init.pdf>.

(57) <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2021/03/16/life-programme-council-adopts-its-position-at-first-reading/>.

(58) LIFE : « Lancé en 1992, le programme LIFE est le seul instrument de financement de l'UE exclusivement consacré aux objectifs liés à l'environnement et au climat. L'objectif général du programme LIFE pour la période 2021-2027 est de contribuer à la transition vers une économie propre, circulaire, économe en énergie, neutre pour le climat et résiliente au changement climatique ».

(59) https://ec.europa.eu/environment/integration/green_semester/index_en.htm.

Voir aussi Sabato, S., Mandelli, M. et Vanhercke, B., *The Socio-Ecological Dimension of the EU Recovery. From the European Green Deal to the Recovery and Resilience Facility*, Madrid, EUROsociAL Programme, EUROsociAL Collection No 24, 2021.

(60) <https://www.ecb.europa.eu/press/blog/date/2021/html/ecb.blog210318-3bbc68ffc5.fr.html>.

(61) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_411.

(62) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_413.

(63) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_412.

(64) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_21_414.

(65) Bulletin quotidien Europe, No. 12678 16 mars 2021.

(66) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0020_FR.html.

Cette résolution suit le constat d'une enquête d'Eurostat publiée le 6 janvier 2021⁶⁷ sur l'état du logement en Europe. Environ 9 % des personnes considèrent que leur logement n'est pas correctement chauffé, pourcentage en nette diminution depuis 2012 (10,8 %). Toutefois, les écarts entre pays sont considérables, de seulement 2 % en Allemagne, Autriche, Finlande, jusqu'à 30 % en Bulgarie, 26,7 % en Lituanie ou encore à Chypre (21 %). Le Bureau européen de l'environnement publie, le 21 février 2021, les résultats d'analyse sur les différences considérables de financement des modes de chauffage alternatifs par pompe à chaleur ou solaire thermique, opposant des pays tels que la Bulgarie, la Roumanie, le Portugal ou l'Espagne – souvent des pays où ce choix est presque inexistant – aux pays nordiques ou à la France⁶⁸. Le 22 février 2021, le Bureau publie un rapport sur sa stratégie à long terme (2020-2030)⁶⁹. De même, la Fédération européenne des associations nationales travaillant avec sans-abri (FEANTSA) insiste sur la difficulté des ménages pauvres à améliorer la qualité énergétique de leur logement⁷⁰.

Le 15 mars 2021, les ministres de l'emploi et des affaires sociales (EPSCO)⁷¹ examinent le projet de plateforme européenne sur la lutte contre le sans-abrisme. La Commission a communiqué aux ministres des informations sur la mise en place d'une telle plateforme et la présidence portugaise de l'UE a partagé son projet d'organiser une conférence de haut niveau sur le sans-abrisme à Lisbonne, le 21 juin 2021.

3.2. QUALITE DE L'AIR

Outre le recours de la Commission européenne devant la CJUE à l'encontre de la Slovaquie, déjà cité en introduction de la section, la CJUE (affaire C-637/18)⁷² condamne la Hongrie le 3 février 2021, à la suite d'un recours de la Commission européenne, pour une infraction permanente des règles relatives à la qualité de l'air dans la ville de Budapest ainsi que dans la vallée Sajó depuis de nombreuses années.

Le 25 mars 2021, le Parlement européen vote une résolution pour appuyer l'obligation imposée aux Etats membres de respecter les directives relatives à l'air ambiant⁷³. Le Parlement européen, tout en soulignant des améliorations, « signale qu'en février 2021, 31 procédures d'infraction à l'encontre de 20 Etats membres étaient toujours en cours concernant la mise en œuvre des directives sur la qualité de l'air ambiant ; constate que certaines de ces procédures sont en cours depuis 2009. » Le Parlement européen demande aux Etats membres de respecter les normes et les seuils critiques de pollution ; il encourage la Commission européenne à les faire respecter et à saisir la CJUE.

(67) <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/housing/index.html?lang=en>.

(68) <https://www.coolproducts.eu/failing-rules/green-heat-grants-are-failing-to-clean-up-the-sector-new-analysis/>.

(69) <https://eeb.org/library/eeb-long-term-strategy-2020-2030/>.

(70) <https://www.feantsa.org/en/report/2021/03/19/targeting-energy-efficiency-renovation-to-improve-housing-conditions-of-the-most-vulnerable?bcParent=27>.

(71) <https://www.consilium.europa.eu/fr/meetings/epsco/2021/03/15/>.

(72) <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=237289&doclang=FR>.

(73) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0107_FR.html.

3.3. QUALITE DES ALIMENTS

Face à la nécessité de garantir la qualité de l'alimentation des ménages dans l'Union européenne, les institutions européennes, souvent en conflit les unes avec les autres, ont eu une activité intense durant le premier trimestre 2021.

Ainsi, le 25 février 2021, l'avocate générale de la CJUE (Affaire C-458/19 P) estime que le refus de reconsidérer l'autorisation, donnée en 2016, de mise sur le marché d'un additif plastifiant (phtalate DEHP) par plusieurs entreprises, devrait être annulé : « La mise en balance des avantages socio-économiques par rapport aux autres risques pour la santé humaine ou l'environnement n'aurait, en effet, pas dû se limiter aux propriétés toxiques pour la reproduction du DEHP. Au contraire, il aurait fallu tenir compte également des propriétés endocriniennes qui étaient déjà connues à ce moment-là »⁷⁴.

Le 10 mars 2021, le Parlement européen⁷⁵, à une large majorité (472 voix pour, 214 contre, 9 abstentions), vote une résolution qui s'oppose à la prolongation de mise sur le marché de neuf pesticides au nom de la sécurité alimentaire, de la protection de la santé et de l'environnement. Le 27 mars 2021, un nouveau règlement⁷⁶ sur la transparence et la pérennité de l'évaluation des risques de la chaîne alimentaire dans l'UE renforce la capacité de l'Autorité à exercer ses fonctions d'évaluation des risques conformément aux normes de transparence les plus élevées. Ce nouveau règlement résulte d'une action citoyenne « *Stop glyphosate* » de 2018.

3.4. ALIMENTS OGM

De même, le Parlement européen vote, le 11 mars 2021, à une large majorité (près de 500 voix pour), deux résolutions qui s'opposent à l'autorisation de mise sur le marché du coton⁷⁷ et du maïs⁷⁸ génétiquement modifiés⁷⁹. Il « demande une nouvelle fois à la Commission de ne pas autoriser les cultures génétiquement modifiées tolérantes aux herbicides jusqu'à ce que les risques sanitaires liés aux résidus aient fait l'objet d'une enquête approfondie au cas par cas ».

Le 22 janvier 2021, la Commission européenne décide d'autoriser huit organismes génétiquement modifiés Monsanto/Bayer⁸⁰, sur la base des études de l'Autorité européenne pour la sécurité des aliments (EFSA). Le 9 mars 2021, la Commission

(74) <https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2021-02/cp210026fr.pdf>.

(75) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-9-2021-0162_FR.html.

(76) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32019R1381>.

(77) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0080_FR.html.

(78) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0081_FR.html.

(79) Sur les OGM, l'Autorité européenne pour la sécurité des aliments (EFSA) est souvent critiquée pour ses analyses qui ignorent certains risques spécifiques.

(80) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021D0066&from=EN>.

européenne publie son troisième rapport sur les polluants organiques persistants⁸¹ (POP)⁸² susceptibles de présenter un risque pour la santé et l'environnement.

(81) Les polluants organiques persistants (POP) sont des substances chimiques préoccupantes à l'échelle mondiale en raison de leurs propriétés persistantes, bioaccumulables et toxiques (PBT) et de leur capacité à être transportées sur de longues distances.

(82) [https://ec.europa.eu/transparency/documents-register/detail?ref=COM\(2021\)109&lang=fr](https://ec.europa.eu/transparency/documents-register/detail?ref=COM(2021)109&lang=fr).

TABLE DES MATIERES

**DIGEST EUROPEEN – DIGEST INTERNATIONAL.
JANVIER – MARS 2021**

1.	POLITIQUE GENERALE DE L'UNION EUROPEENNE	287
1.1.	BREXIT	287
1.2.	LE PLAN DE RELANCE EUROPEEN	288
1.3.	LA BANQUE CENTRALE EUROPEENNE	288
1.4.	ETAT DE DROIT DANS L'UNION EUROPEENNE	289
1.5.	ELECTIONS AUX ETATS-UNIS	289
2.	POLITIQUE SOCIALE DE L'UNION EUROPEENNE	289
2.1.	NOUVEAU CONTRAT SOCIAL	289
2.2.	DROIT A LA DECONNEXION	290
2.3.	LE DETACHEMENT DES TRAVAILLEURS DANS LE TRANSPORT	290
2.4.	LE TRAVAIL PORTUAIRE ET LA LIBERTE D'EMBAUCHE	291
2.5.	LA SANTE AU TRAVAIL	291
2.6.	DROIT SOCIAL	291
2.7.	PROTECTION SOCIALE DES INDEPENDANTS ET DES TRAVAILLEURS ATYPIQUES	291
2.8.	UN SALAIRE MINIMUM EQUITABLE EUROPEEN	292
2.9.	L'INSTRUMENT SURE	292
2.10.	LUTTE CONTRE LA PAUVRETE DES ENFANTS	292
2.11.	LA POLITIQUE DES GENRES	293
2.12.	DISCRIMINATIONS – INCLUSION – PERSONNES HANDICAPEES ET ROMS	295
2.13.	FONDS SOCIAL EUROPEEN PLUS	295
2.14.	SOCLE EUROPEEN DES DROITS SOCIAUX	296
2.15.	COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE	296
3.	POLITIQUES SOCIO-ENVIRONNEMENTALES	296
3.1.	POLITIQUES DU LOGEMENT	297
3.2.	QUALITE DE L'AIR	298
3.3.	QUALITE DES ALIMENTS	299
3.4.	ALIMENTS OGM	299

PRIX

Le numéro

En Belgique 27,50 EUR

A l'étranger 37,50 EUR

L'abonnement annuel (4 numéros)

En Belgique 110,00 EUR

A l'étranger 150,00 EUR

ISSN : 0035-0834

Numéro de compte :

IBAN : BE21 6792 0058 6603

BIC : PCHQBEBB

Les textes reçus sont soumis, pour avis, à des spécialistes en la matière.

Le texte intégral de la Revue peut être consulté sur internet :

<http://www.rbss.belgium.be>

CONSEIL DE REDACTION

PRESIDENT

Yves STEVENS, professeur à la Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven).

VICE-PRESIDENT

Koen VLEMINCKX, directeur études et publications, SPF Sécurité sociale.

REDACTION

Roland VAN LAERE, SPF Sécurité sociale.

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES

Denis BOUGET, professeur à l'Université de Nantes ;
Bea CANTILLON, professeur à l'Université Antwerpen (UA) ;
Daniel DUMONT, professeur à l'Université libre de Bruxelles (ULB) ;
Anton HEMERIJCK, professeur à la Vrije Universiteit Amsterdam (VU) ;
Alain JOUSTEN, professeur à l'Université de Liège (Ulg) ;
Pierre VANDERVORST, professeur à l'Université libre de Bruxelles (ULB) ;
Herwig VERSCHUEREN, professeur à l'Université Antwerpen (UA), professeur invité à la Vrije Universiteit Brussel (VUB) ;
Pascale VIELLE, professeur à l'Université Catholique de Louvain (UCL).

MEMBRES DES INSTITUTIONS EUROPEENNES

Isabelle MAQUET, Commission européenne, DG Emploi, affaires sociales et inclusion ;
Muriel RABAU, Représentation permanente de la Belgique auprès de l'Union européenne concernant la protection sociale.

MEMBRES DE L'ADMINISTRATION

Peter SAMYN, président du SPF Sécurité sociale ;
Jo DE COCK, administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ;
Anne OTTEVAERE, administratrice adjoint, Iriscare ;
Frank ROBBEN, administrateur général de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS).

COLLABORATEUR PERMANENT

Guy RINGOOT, SPF Sécurité sociale.