

RAPPORT STRATÉGIQUE
SUR LA PROTECTION SOCIALE
ET L'INCLUSION SOCIALE
2006-2008

Belgique



.be

CHAPITRE I: INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	9
SECTION 1.1. ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION SOCIALE	9
1.1.1. Bien-être, protection sociale et pauvreté	9
1.1.2. Santé et soins de longue durée.....	10
1.1.3. Travail, activation et formation	10
1.1.4. Les prestations de sécurité sociale et assistance sociale	11
1.1.5. Le logement.....	12
1.1.6. Démographie – information	12
SECTION 1.2. APPROCHE STRATÉGIQUE GÉNÉRALE	12
1.2.1. Une sécurité sociale forte, viable, juste et solidaire.....	12
1.2.2. La stratégie de Lisbonne et le renforcement mutuel de l'emploi, du social et de l'économique	14
1.2.3. La santé: un nouveau défi.....	15
1.2.4. Améliorer la gouvernance.....	15
CHAPITRE 2: LE PLAN D'ACTION NATIONAL INCLUSION	19
SECTION 2.1. DÉFIS CLÉS, OBJECTIFS PRIORITAIRES ET RÉSULTATS VISÉS	19
2.1.1. Un logement correct et abordable pour chacun.....	19
2.1.2. Activation et diversité: plus de travailleurs parmi les groupes à risque.....	20
2.1.3. Pauvreté infantile: Rompre l'engrenage de la pauvreté	22
SECTION 2.2. GARANTIR À CHACUN UN LOGEMENT ABORDABLE ET DE QUALITÉ EN INTERVENANT SUR LE MARCHÉ LOCATIF.....	23
2.2.1. Mesures politiques	23
2.2.2. Indicateurs et modalités de suivi	26
2.2.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif.....	26
SECTION 2.3. DÉVELOPPER L'ACTIVATION ET LA DIVERSITÉ DANS L'EMPLOI ET DANS L'INTÉGRATION SOCIALE.....	27
2.3.1. Mesures politiques	27
2.3.2. Indicateurs et modalités de suivi	30
2.3.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif.....	30
SECTION 2.4. LUTTER CONTRE LA PAUVRETÉ QUI FRAPPE LES ENFANTS	31
2.4.1. Mesures politiques	31
2.4.2. Indicateurs et modalités de suivi	33
2.4.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif.....	33

SECTION 2.5. DISPOSITIONS PRISES POUR UNE MEILLEURE GOUVERNANCE	34
2.5.1. Processus préparatoire	34
2.5.2. Coordination politique	34
2.5.3. Mobilisation et implication des acteurs	35
2.5.4. Mainstreaming.....	35
2.5.5. Monitoring et dispositions adoptées en vue de l'évaluation	36
CHAPITRE 3: RAPPORT STRATÉGIQUE NATIONAL PENSION	37
SECTION 3.1. DES PENSIONS SUFFISANTES	37
3.1.1. Objectif politique et données contextuelles	37
3.1.2. Mesures	38
A. Mesures en vue d'un revenu de pension suffisant	38
B. Mesures en vue de garantir un niveau de vie acceptable aux pensionnés	39
SECTION 3.2. VIABILITÉ FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PENSION	40
3.2.1. Objectif politique et données contextuelles	40
3.2.2. Mesures	41
A. Mesures en vue de la viabilité financière des régimes de pension	41
B. Mesures de renforcement de la tendance à la hausse du taux d'activité	41
SECTION 3.3. LA MODERNISATION DES RÉGIMES DE PENSION.....	42
3.3.1 Objectif politique et données contextuelles	42
3.3.2. Mesures	43
A. Mesures qui répondent aux besoins de la société moderne	43
B. Mesures informatives.....	43
CHAPITRE 4: LES SOINS DE SANTÉ ET LES SOINS DE LONGUE DURÉE	45
SECTION 4.1. PRINCIPAUX CHALLENGES ET APERÇU DES ÉVOLUTIONS RÉCENTES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	45
SECTION 4.2. LES SOINS DE SANTÉ.....	47
4.2.1. Brève description du système de soins de santé	47
4.2.2. Assurer l'accès aux soins de santé: Universalité, Équité, Solidarité....	47
A) Une assurance publique obligatoire large couvrant quasi la totalité de la population	47
B) Bonne accessibilité générale.....	48
C) Mesures pour réduire les «obstacles financiers».....	48
D) Mesures pour réduire les «obstacles non financiers».....	50

4.2.3. Promouvoir la qualité des soins	51
A) Des soins de qualité pour tous!	51
B) La qualité des traitements.....	53
C) La qualité des prestataires.....	54
D) Le respect des droits du patient	55
4.2.4. Garantir la viabilité financière de soins accessibles et de qualité.....	56
A) Évolution des dépenses: tendance maîtrisée tenant compte du coût du vieillissement.....	56
B) Fixation d'une norme de croissance des dépenses publiques de santé	56
C) Monitoring des dépenses publiques de santé.....	57
D) Outils de maîtrise de la norme de croissance des dépenses publiques de santé	57
E) Autres politiques de durabilité.....	58
F) Financement complémentaire (ou privé) des dépenses de santé	59
SECTION 4.3. LES SOINS DE LONGUE DURÉE	60
4.3.1. Brève description du système de soins de long-terme	60
4.3.2. Assurer l'accès aux soins de long-terme.....	60
A) Une offre de soins aux personnes âgées qui se développe constamment pour répondre à l'évolution des besoins	60
B) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins aux personnes âgées.....	63
C) Une offre de soins de longue durée qui se spécialise	64
D) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins de longue durée.....	66
E) Les nécessaires collaborations entre ces divers services de soins de longue durée et de soins aux personnes âgées	68
4.3.3. Promouvoir la qualité des soins de long-terme.....	69
4.3.4. Garantir la viabilité financière de soins de long terme accessibles et de qualité	70
ANNEXES	71

Avant-propos

Comme le soulignent les conclusions des conseils européens de mars 2005 et mars 2006, **la stratégie de Lisbonne** recentrée sur l'emploi et la croissance offre un cadre dans lequel la politique économique, la politique de l'emploi et la politique sociale se renforcent mutuellement.

Dans le domaine social, **la méthode ouverte de coordination** (fixation d'objectifs communs, suivi et évaluation de leur mise en œuvre et apprentissage mutuel) couvre trois domaines: l'inclusion sociale, les pensions ainsi que la santé et les soins de longue durée. Ces trois volets sont rassemblés depuis cette année, dans un processus social rationalisé, intégré.

C'est dans ce contexte que le Conseil a demandé aux 25 États membres de présenter, en septembre 2006, des «*rapports nationaux concernant la protection sociale et l'inclusion sociale pour la période 2006-2008*». À partir de ces rapports stratégiques nationaux, la commission européenne présentera un projet de rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale en vue du Conseil de mars 2007.

Le rapport stratégique belge présenté dans cette brochure comporte 4 chapitres: une introduction générale, un chapitre inclusion sociale, un chapitre pension et un chapitre soins de santé et soins de longue durée.

Le **Chapitre I** sur l'**Introduction générale** comprend deux sections. La 1^{ère} section fait un état des lieux de la situation sociale en Belgique. Elle reprend une série d'informations (illustrées par des statistiques) sur le bien-être, la protection sociale, la pauvreté, la santé, le travail, l'activation, la formation, les prestations de sécurité sociale et d'assistance sociale, le logement et la viabilité financière des systèmes de protection sociale. Ces informations situent la Belgique au niveau européen en donnant, parfois, des précisions par catégories (actifs/non actifs, jeunes/âgés, hommes/femmes, ... etc.). Cet ensemble de données permet de répertorier les points forts et les points faibles belges en matières sociales, identifiant ainsi les principaux défis pouvant orienter les politiques 2006-2008. La deuxième section résume l'approche stratégique générale de la Belgique en matière sociale. Elle mentionne la volonté de maintenir une sécurité sociale forte, viable, juste et solidaire, notamment via la création d'emploi. Le contrat de solidarité entre les générations y est repris comme un outil très important.

Le **Chapitre II** est consacré au «**Plan d'Action National Inclusion**». Il a été rédigé sur base de 3 défis clés: offrir la garantie à chacun de disposer d'un logement abordable et de qualité; développer davantage l'activation et la diversité dans l'emploi et dans l'intégration sociale; lutter contre la pauvreté qui frappe les enfants. Pour chaque défi, le rapport reprend des objectifs quantifiés, les principales mesures politiques (par grands axes) visant à réaliser ces défis, des indicateurs, ainsi que les modalités de suivi (c'est-à-dire les outils de monitoring) et les moyens affectés à la réalisation de ces objectifs.

Le **Chapitre III** concerne **les pensions**. Ce chapitre consiste essentiellement en l'actualisation du «Rapport stratégique national belge pensions 2005». Les trois sections de ce chapitre traitent respectivement des trois objectifs communs européen que sont: des pensions suffisantes; la viabilité financière des régimes de pensions (notamment afin de faire face aux conséquences budgétaires du vieillissement); la modernisations des régimes de pensions. Une attention particulière est portée aux mesures prises dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations pour atteindre ces objectifs.

Enfin, le **Chapitre IV** évoque **les soins de santé et les soins de longue durée**. La première section énonce les principaux challenges auxquels est confronté le pays en matière de soins de santé et de soins de longue durée. La deuxième section est consacrée aux soins de santé alors que la 3^e traite des soins de longue durée. Pour ces deux principales sections, après avoir décrit brièvement les systèmes en vigueur, le rapport est centré sur les trois objectifs communs définis au niveau européen: assurer l'accès aux soins de santé (et aux soins de longue durée); promouvoir la qualité des soins; garantir la viabilité financière des systèmes de soins de santé et de soins de longue durée.

Chapitre I :

Introduction générale

SECTION 1.1. ÉTAT DES LIEUX DE LA SITUATION SOCIALE

1.1.1. Bien-être, protection sociale et pauvreté

La Belgique connaît un niveau de bien-être général élevé et dispose d'un système de protection social très développé. Le revenu médian disponible des ménages belges est en 2003 parmi les plus élevés dans la zone UE25 (7^e place). Cette même année, 29,7% du PIB étaient consacrés à la protection sociale (5^e place dans UE25). Les prestations sociales (sans les pensions) réduisent le pourcentage de risque de pauvreté de 46%, un résultat supérieur à la moyenne UE25, mais certains États membres affichent encore un meilleur score.

Dans ce contexte, la Belgique a un pourcentage de risque de pauvreté relatif (15%) qui se situe aux alentours de la moyenne UE25 (16%). En Belgique, en ce qui concerne le risque de pauvreté, et également par rapport à d'autres États membres, il existe une très grande différence entre les personnes qui travaillent (4%), d'une part, et les chômeurs (28%) et les autres inactifs (27%), d'autre part. Les personnes âgées (65+) présentent aussi manifestement un risque de pauvreté plus élevé. Par rapport à la catégorie d'âge plus jeune (0-64 ans), les personnes âgées ont un risque de pauvreté 1,5 fois supérieur (21% contre 14%). Globalement, il n'y a pas de différence entre le risque de pauvreté des hommes et des femmes âgé(e)s. Par contre, des différences manifestes peuvent être constatées entre femmes âgées (24%) et hommes âgés isolé(e)s (19%). Cette différence est encore plus marquée parmi les personnes âgées de plus de 75 ans. Ces différences s'expliquent probablement par les profils de carrière différents, la carrière des femmes étant caractérisée par des interruptions et des rémunérations moins élevées, entre autres en raison du travail à temps partiel plus fréquent (cf. infra). Les personnes peu qualifiées ont un risque de pauvreté trois fois plus élevé que les personnes hautement qualifiées (23% contre 7%). Le pourcentage de risque de pauvreté des enfants (0-15 ans) et des jeunes adultes (16-24 ans), respectivement 17% et 16%, est proche du pourcentage moyen pour la population totale. Les parents isolés et les personnes qui vivent dans un ménage sans emploi rémunéré et avec enfants à charge, ainsi que les personnes de nationalité non UE-25, ont le risque de pauvreté le plus élevé.

1.1.2. Santé et soins de longue durée

Certains indicateurs importants témoignent d'une amélioration constante de la situation de santé globale de la population. Tant l'espérance de vie que l'espérance de vie en bonne santé continuent de progresser. Cette dernière augmentant plus rapidement que l'espérance de vie totale. Dans les deux domaines, la Belgique obtient un bon score au niveau européen, également en ce qui concerne la tendance. La mortalité infantile a fortement régressé au cours des 10 dernières années et continue de diminuer (12,1/1000 en 1980, 4,3/1000 en 2004).

Le taux de couverture des soins de santé est pratiquement total en ce qui concerne les interventions médicales lourdes (99%) et est actuellement amélioré pour les interventions plus légères (couverture actuelle de 94%), notamment au moyen de l'assurance obligatoire pour les travailleurs indépendants. Par rapport aux 12 autres États membres UE pour lesquels des données EU-SILC ont été collectées en 2004, le pourcentage de personnes (16+) qui déclarent en Belgique avoir reporté ou renoncé à un examen ou traitement médical pour des raisons financières est limité: 1,8%. Lorsqu'il est également tenu compte d'examen dentaires, ce pourcentage augmente à 4%. Avec ce score, la Belgique se situe parmi les meilleurs États membres. Toutefois, d'autres sources pour lesquelles d'autres types de questions ont été utilisés produisent des chiffres supérieurs. Le développement des indicateurs pour cet aspect et d'autres en matière de santé et de soins de longue durée constitue un défi spécifique. La plupart des indicateurs de santé révèlent des différences importantes entre des catégories de la population aisées et moins aisées. Dans ce cadre, l'accessibilité entre autres financière des soins de santé préventifs et curatifs est une préoccupation importante.

En matière de soins de longue durée, la viabilité est considérée sur le plan social et personnel, dans la perspective du vieillissement de la population, comme un défi important.

1.1.3. Travail, activation et formation

En 2005, le taux d'emploi de 61,1% est resté en dessous de la moyenne UE25. Les différences par rapport à la moyenne européenne concernaient exclusivement les jeunes (15-24 ans) et les personnes âgées (55-64 ans) d'âge actif. Ces catégories bénéficient par ailleurs d'une attention prioritaire au niveau de la politique d'emploi. Le chômage de longue durée, et principalement la part des adultes qui vivent dans un ménage sans emploi rémunéré, dépasse la moyenne européenne. Les personnes de nationalité «non-UE25», les personnes peu qualifiées et les personnes handicapées ont un taux d'emploi considérablement inférieur à celui de la population active globale. Parmi les salariés, le travail à temps partiel augmente. En 1995, 15,4% des travailleurs salariés travaillaient à temps partiel. En 2005, ce pourcentage était passé à 24,1%: 43,5% chez les femmes et 8,1% chez les hommes. Le taux d'activité se caractérise par ailleurs par des grandes différences régionales. Du point de vue de l'inclusion sociale, un défi important consiste à stimuler l'emploi pour une série de groupes cibles, sans augmenter le pourcentage de pauvres au travail, relativement bas en Belgique.

L'enseignement et la formation sont des facteurs déterminants cruciaux pour les opportunités sur le marché de l'emploi et l'épanouissement optimal des capacités personnelles. De ce point de vue, force est de constater qu'en ce qui concerne le pourcentage de jeunes qui terminent prématurément leurs études, il n'y a pas de tendance à la baisse en vue d'atteindre l'objectif 10% pour 2010. En 2005, les jeunes qui terminent prématurément leurs études représentent 13% en Belgique, contre une moyenne UE25 de 15%. La participation à la formation continue a manifestement augmenté depuis le début des années 90. Avec un pourcentage de 10%, la Belgique se situe toutefois encore toujours en dessous de la moyenne UE25 (10,8%). Comme dans d'autres pays, la participation est plus forte parmi les personnes ayant eu une formation de base élevée que parmi les personnes dans la formation de base était plus faible.

1.1.4. Les prestations de sécurité sociale et assistance sociale

Les prestations sociales sont un complément nécessaire d'une politique d'activation sur le marché du travail et un facteur stratégique pour une politique de lutte contre la pauvreté et en vue d'une cohésion sociale. Après avoir constaté au cours des années 1980 et 1990 que les prestations (minimales) accusaient un retard par rapport au développement du bien-être général, le maintien du niveau de vie au moyen des pensions et d'autres prestations sociales a été reconnu ces dernières années comme étant une priorité gouvernementale. À partir de 2008, le Pacte de solidarité entre les générations prévoit que le gouvernement se prononce tous les deux ans au sujet des moyens financiers qu'il affecte à une adaptation à l'évolution du bien-être général de toutes ou de certaines prestations de remplacement de revenus.

En ce qui concerne les revenus des personnes âgées, divers indicateurs relèvent que les revenus des personnes de plus de 65 ans, constitués de pensions pour 84%, ne sont en moyenne pas élevés en Belgique et dans une optique internationale. À titre d'exemple, ils font référence au taux de revenu médian net relatif; le rapport entre le revenu médian équivalent de la population de 65 ans et plus et le revenu médian équivalent de la catégorie d'âge complémentaire plus jeune de 0 à 64 ans est de 76% en Belgique. La moyenne UE25 est de 87%. En accordant une attention aux adaptations au bien-être, aux carrières atypiques principalement des femmes, aux pensions des travailleurs indépendants, on s'est efforcé ces dernières années d'améliorer le niveau des pensions actuelles et futures. Le gouvernement a récemment décidé d'augmenter au 1/12/2006 la protection de base pour les personnes âgées (GRAPA) au niveau du seuil de risque de pauvreté.

La politique en matière de prestations sociales destinées aux personnes qui n'ont pas accès au marché du travail vise, d'une part, la garantie d'un minimum adéquat, compte tenu des possibilités budgétaires et, d'autre part, l'élimination des pièges financiers du chômage et de l'inactivité. Une série de mesures récentes ont permis de supprimer en grande partie ces pièges du chômage. Toutefois, force est de constater que le niveau de certaines prestations minimales se situe encore toujours en dessous du seuil du risque de pauvreté. Il s'agit principalement des prestations de chômage, d'invalidité et d'assistance pour les couples (avec et sans enfants) et des prestations de chômage et d'assistance pour les personnes isolées (avec et sans enfants).

1.1.5. Le logement

La situation de bon nombre de locataires est très précaire en ce qui concerne leurs revenus. Leur pourcentage de risque de pauvreté est deux fois plus élevé que celui des propriétaires: 27% contre 11%. Bien qu'un bon indicateur en ce qui concerne les logements abordables fasse défaut, des enquêtes précédentes permettent de soupçonner l'existence d'un problème financier important pour l'accès au logement sur le marché locatif privé en ce qui concerne les ménages à faibles revenus. Depuis 1995, le nombre de logements sociaux en pourcentage du nombre total des ménages est resté constant, à peu près 6%, et ce pour les trois Régions. Pour les catégories sociales défavorisées, la qualité du logement semble moins bonne dans de nombreux cas. L'amélioration de la situation en matière de logement, afin d'obtenir des logements de qualité et abordables sur le marché locatif privé pour les catégories sociales défavorisées, constitue un défi important.

1.1.6. Démographie – information

Les mesures et défis actuels doivent être mis en relation avec l'évolution démographique. Selon les prévisions, le rapport entre la population de 65 ans et plus et la population d'âge actif (15-64 ans) passera de 26% en 2004 à 46% en 2050. Le coût budgétaire du vieillissement, défini comme étant l'augmentation de l'ensemble des dépenses sociales des pouvoirs publics, représenterait 5,8% du PIB, selon les prévisions les plus récentes. Le maintien d'un niveau élevé de bien-être général et la garantie d'un niveau de vie et de soins adéquats pour tous les citoyens supposent que cette évolution soit préparée dans tous les domaines concernés.

SECTION 1.2. APPROCHE STRATÉGIQUE GÉNÉRALE

1.2.1. Une sécurité sociale forte, viable, juste et solidaire

Le gouvernement est convaincu qu'une sécurité sociale viable, forte, juste et solidaire est un outil de développement pour une économie dynamique et constitue un instrument indispensable pour la création d'emplois, l'amélioration du taux d'activité et du bien-être. Son objectif est de la renforcer.

La création d'emplois est, par excellence, la plus haute garantie pour assurer l'avenir de la sécurité sociale.

C'est dans cet esprit que le gouvernement veut, dans le même temps, des actions ambitieuses qui permettent de soutenir et de dynamiser l'économie et éviter le décrochage entre le niveau de protection sociale et l'évolution de la richesse nationale.

Le rapport d'avancement du programme national de réforme 2005-2008 (PNR) fait le point sur la mise en œuvre de cette stratégie.

Il fait largement écho aux mesures prises et annoncées en exécution du *contrat de solidarité entre générations* qui fait partie intégrale de la déclaration gouvernementale 2006.

Les partenaires sociaux négocieront dans les prochaines semaines un accord inter-professionnel qui devrait permettre de poursuivre le programme ainsi fixé.

La question du financement de la protection sociale n'est pas abordée par les travaux couverts par la méthode ouverte de coordination en matière sociale, elle est cependant centrale et il serait incongru de n'en rien dire dans un rapport stratégique social.

La *première priorité* du gouvernement, en matière de protection sociale, est d'*assurer de façon structurelle l'équilibre financier de la sécurité sociale*; sans augmenter le coût du travail, tout en maintenant un haut niveau de protection sociale.

La pression fiscale et parafiscale sur le travail est très élevée et risque de peser sur notre position concurrentielle au niveau mondial. La Belgique souhaiterait que cette problématique soit abordée dans le cadre de la convergence économique et sociale au niveau européen.

Afin de favoriser la création d'emplois, des mesures complémentaires de réduction de cotisations ont été introduites pour les jeunes et les travailleurs âgés, ainsi que pour favoriser le développement de la recherche. De nouvelles réductions de cotisations sont envisagées. Ces mesures sont décrites dans la partie emploi du rapport d'avancement du PNR belge.

La diminution de recettes de sécurité sociale résultant de ces réductions de cotisations a été compensée par le financement alternatif. Ce financement alternatif est de plus en plus diversifié, d'abord uniquement alimenté par un pourcentage des recettes de TVA, il est aujourd'hui alimenté entre autres, par des accises et un pourcentage des recettes sur le précompte mobilier.

Les nouvelles mesures de protection sociale en faveur de l'emploi (bonus emploi, titres services, outplacement...) sont financées par des enveloppes provenant du financement alternatif.

De manière à maîtriser les recettes, le gouvernement a décidé de renforcer la lutte contre le travail au noir et la fraude sociale. Il considère qu'une action concertée au niveau européen ou par la voie de coopération entre certains États membres serait appropriée pour garantir une lutte efficace contre la fraude.

La maîtrise des dépenses, notamment des soins de santé fait partie de la problématique d'un financement sain. La volonté du gouvernement est d'assurer un financement adéquat des soins de santé, tout en mettant en œuvre des mécanismes de contrôle des coûts et de responsabilisation des acteurs (prestataires de soins, hôpitaux, organismes assureurs...). Cette politique porte ses fruits, comme le montre le chapitre 4 du rapport.

La *deuxième priorité* du gouvernement en matière de protection sociale est la *liaison au bien-être des allocations sociales*. Ce mécanisme garantit le maintien d'un niveau de protection sociale décent.

Le Chapitre 3 du rapport développe cette stratégie en matière de pensions et décrit le mécanisme structurel de liaison au bien-être mis au point avec les partenaires sociaux.

Cette stratégie est également applicable aux autres prestations sociales non abordées dans ce rapport.

Outre ces priorités, la stratégie belge en matière sociale repose également sur :

- une gestion rigoureuse des finances publiques et une diminution de la dette publique (qui atteint le niveau le plus bas depuis un quart de siècle), ce qui dégage des moyens pour faire face au coût budgétaire du vieillissement;
- une politique visant à la réforme du marché du travail (allant de la sécurité dans un emploi à la sécurité de l'activité (de la carrière));
- la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, par une approche multidimensionnelle;
- Le relèvement du montant du revenu minimum afin de rendre le travail plus attractif.

1.2.2. La stratégie de Lisbonne et le renforcement mutuel de l'emploi, du social et de l'économique

Des liens étroits existent entre le programme national de réforme (PNR) et le rapport stratégique social.

En ce qui concerne *l'emploi*, nous renvoyons le lecteur dans le Chapitre 2 sur l'inclusion sociale, au deuxième défi-clé identifié : *activation et diversité* dont l'objectif prioritaire est *d'augmenter le taux d'activité des groupes à risque* (femmes, population infra scolarisée, population de nationalité ou d'origine étrangère, handicapés). En s'attachant aussi à la formation continue des moins scolarisés et à la lutte contre le décrochage scolaire et en portant une attention particulière aux trajets vers l'emploi des groupes cibles.

Dans le Chapitre 3 sur les retraites, la question du *vieillessement actif* et des mesures prises dans le cadre du contrat de solidarité entre les générations est plus largement décrite.

Enfin, l'importance des soins de santé et des soins de longue durée tend à montrer que le secteur des services de santé peut être porteur d'emploi.

En ce qui concerne la partie *macro économique* du PNR, le lien peut être fait avec la question des finances publiques et de la maîtrise des coûts abordée tant dans le chapitre 3- pensions qui rappelle la stratégie belge, liée au fonds du vieillissement, que dans la partie santé qui aborde la question de l'équilibre qualité-accessibilité/coûts.

Le rapport social traite également de la question des **revenus** et des prestations sociales, question centrale dans la lutte contre la pauvreté.

Le premier défi clé identifié dans la partie inclusion : *un logement correct et abordable pour chacun* complète la description de la problématique des revenus. Les autorités belges répondent ainsi aux observations reprises pour la Belgique de manière constante dans les rapports conjoints sur l'inclusion sociale (2004, 2005) et dans «Social inclusion in Europe 2006».

Le plan de développement durable belge retient également la question du logement parmi ses actions prioritaires.

Enfin, le chapitre inclusion met l'accent sur la *pauvreté des enfants*. Pour rencontrer ce défi, une approche mainstreaming qui couvre l'éducation, le revenu, l'emploi, la santé, les transports... est indispensable. La responsabilité des pouvoirs publics d'offrir les mêmes chances pour tous (et donc de corriger les inégalités) se trouve dans ce défi fortement interpellée.

1.2.3. La santé: un nouveau défi

La partie **santé** est neuve dans le processus européen, dans les versions ultérieures des rapports stratégiques sociaux, une meilleure articulation entre les parties sera possible. La stratégie belge visant à offrir des soins de santé de qualité pour tous, à un prix abordable, tout en maîtrisant l'augmentation globale des coûts du système y est développée.

Le cercle vicieux devant lequel les personnes souffrant de maladies psychiques se trouvent, de la maladie vers l'exclusion et de l'exclusion vers la maladie, implique des actions concertées et une réflexion approfondie dans laquelle la question du statut social des personnes concernées devrait être abordé.

1.2.4. Améliorer la gouvernance

• Processus de rédaction des rapports stratégiques

En ce qui concerne la coordination politique, la Belgique a, en raison de sa structure constitutionnelle, développé une pratique de concertation entre tous les niveaux de pouvoirs législatifs compétents : le gouvernement fédéral, les régions et les communautés. Le PNR, rédigé dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, a fait l'objet d'une coordination entre ces autorités. Pour la rédaction de ce rapport stratégique, des structures nouvelles ont par ailleurs été mises en place afin de réaliser une coordination au stade même de sa rédaction.

Le présent rapport, qui intègre pour la première fois les trois éléments de la MOC, a, de même, suscité la création d'une structure ad hoc de rédaction et de concertation, qui s'est appuyée sur les réseaux mis en place lors des rapports précédents.

Les administrations compétentes ont été, quant à elles, tantôt associées, tantôt rédactrices, ou encore à l'origine de certains choix opérés dans ces rapports (comme le PANincl par exemple).

Le rapport a été soumis aux partenaires sociaux pour avis.

Des processus et des structures ad hoc de préparation et de suivi du PAN-incl existaient déjà, et faisaient intervenir une pluralité d'acteurs, dont les associations de personnes vivant en situation de pauvreté et d'exclusion sociales, mais ont été renforcés en

vue d'améliorer la participation et transparence des processus. C'est ainsi que le 'groupe actions' a été singulièrement élargi et, il est important de le souligner, a été à l'origine de la proposition des objectifs stratégiques. Le processus 'bottom up' s'est également trouvé renforcé par une meilleure prise en compte des nombreuses recommandations inscrites dans le rapport «abolir la pauvreté» publié en décembre 2005 par le service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et qui émanent des groupes de concertation réunis pendant deux ans dans le cadre de la «méthode de dialogue».

• **Inclusion: expérience pilote: médiateurs de terrain**

Afin de réduire le fossé qui existe entre les personnes touchées par la pauvreté et la société, et de mieux sensibiliser cette dernière à la problématique de l'exclusion sociale, le gouvernement fédéral a lancé une expérience en 2004. Des personnes ayant une expérience probante de la pauvreté et de l'exclusion sociale reçoivent une formation spécifique qui les habilite à utiliser leur expérience de la pauvreté d'une manière professionnelle au sein des services du gouvernement. Actuellement, 18 médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale travaillent dans 10 services publics fédéraux différents.

• **Santé**

Les structures de concertation existantes entre les communautés et régions et le fédéral ont été mises à profit pour coordonner la rédaction du rapport. Cette coordination, exemple de bonne gouvernance est particulièrement fructueuse en matière de soins de longue durée.

À l'image de ce qui a été fait en matière d'inclusion, il est envisagé d'activer un groupe indicateurs et un groupe actions de manière à suivre l'évolution de la partie santé du rapport.

En ce qui concerne *le monitoring* des actions et des objectifs, une évaluation annuelle et transversale sera prévue en concertation avec les responsables du PNR, du plan DD et les partenaires sociaux.

La partie I sera suivie au moyen du set des indicateurs globaux de la MOC (méthode ouverte de coordination) sociale. Ce suivi sera assuré par la délégation belge de l'ISG en concertation avec les responsables de la stratégie emploi.

La partie II est suivie par les groupes permanents visés ci-dessus en concertation avec le service de lutte contre la pauvreté.

La partie III est suivie principalement par le comité d'étude du vieillissement déjà mentionné. Un suivi des indicateurs pensions sera également assuré par la délégation belge ISG en concertation avec les responsables politiques pension.

La partie IV fait l'objet de suivi dans différents cercles :

L'enquête de santé par interview est la première source de données en Belgique. L'enquête 2004 a accordé une place particulière à la situation des personnes âgées.

Le Centre d'expertise plus amplement décrit dans le rapport a un important rôle (KCE) d'évaluation.

Une concertation en vue d'assurer la cohérence avec les actions entreprises avec l'aide des Fonds structurels européens liés à la mise en œuvre de la stratégie de Lisbonne, pour les volets sociaux, doit encore être activée.

Chapitre 2:

Le Plan d'Action National Inclusion

SECTION 2.1.: DÉFIS CLÉS, OBJECTIFS PRIORITAIRES ET RÉSULTATS VISÉS

2.1.1. Un logement correct et abordable pour chacun

Garantir à chacun un logement correct à un prix abordable reste un des plus grands défis politiques de la Belgique. Le marché belge du logement se caractérise par un nombre élevé de propriétaires et par un marché locatif limité, dans lequel l'offre de logements sociaux ne suffit pas à rencontrer les besoins. Depuis 1995, le rapport entre le nombre de logements sociaux et le nombre total des ménages est resté constant, autour des 6%. De longues listes d'attente existent dans les trois Régions. C'est l'un des indicateurs du besoin de logements, mais pas le seul. Le marché locatif privé se caractérise par une offre déficitaire dans le segment inférieur, avec des logements souvent trop chers et de qualité médiocre. Certains sont exploités par des marchands de sommeil, avec pour principales victimes les personnes séjournant illégalement en Belgique.

Des recherches ont montré qu'il y a eu une forte augmentation du coût du logement dans le courant des années 90. En conséquence, un groupe important de locataires cumule une faible position sur l'échelle des revenus avec des coûts de logement relativement élevés. L'indicateur PAN Inclusion sur le coût du logement indique qu'en 2003 33% des locataires ayant des revenus inférieurs à la médiane consacraient plus d'un tiers de leur budget familial à leur logement. Il ressort également de recherches passées que les problèmes d'accessibilité financière du logement se situent essentiellement auprès des personnes qui louent un logement sur le marché locatif privé.

Il apparaît que la qualité du logement est souvent moins élevée pour les personnes qui ne viennent pas de l'Europe des 25, ainsi que pour les ménages à faible intensité de travail et ayant des enfants. Ces catégories occupent plus fréquemment des logements comptant au moins deux problèmes structurels ou disposant d'un espace insuffisant. Les catégories sociales vulnérables (parents isolés, chômeurs, malades/invalides) vivent plus fréquemment dans les logements présentant deux manquements ou plus, tout comme les occupants d'un logement locatif. Les ménages bruxellois sont nettement plus confrontés que les ménages des autres Régions à un manque d'espace (17% contre environ 4% pour les autres Régions). Les ménages wallons et bruxellois (23%) habitent davantage dans des logements présentant un manquement structurel que les ménages flamands (14%).

Pour garantir à chacun un logement correct à un prix abordable, il faut impérativement que les Régions développent, en harmonisation avec le niveau fédéral, une politique du logement globale et cohérente intégrant différentes pistes.

TARGET 1: Augmentation du pourcentage de logements sociaux du secteur locatif par rapport au nombre total de ménages privés.

	2003	2004	2008	2010
Belgique	6,2%	6,3%	7%	8%

2.1.2. Activation et diversité: Plus de travailleurs parmi les groupes à risque

Partant du constat que le travail forme un rempart décisif contre la pauvreté et l'exclusion sociale, l'activation avait déjà été mise en avant en tant que priorité politique importante dans le PAN Inclusion 2001-2003. Des mesures d'activation visant à promouvoir l'insertion professionnelle des groupes à risque via des stimuli financiers, via l'élimination des pièges à l'emploi et via le développement de l'économie sociale, constituent une constante dans les PAN Inclusion déjà mis en œuvre.

Le Programme National de Réforme a mis en évidence une large politique du marché du travail, à travers laquelle on vise un emploi valable pour chacun, jeune ou vieux, et dans laquelle l'accent est mis sur l'augmentation du taux d'emploi et sur la création de nouveaux postes de travail.

En 2005, avec 61,1%, le taux d'emploi de la Belgique était inférieur à la moyenne de l'Europe des 25 (63,8%). Une part importante de cette différence est due à la faible participation des travailleurs âgés. Néanmoins, dans le cadre de ce chapitre, les objectifs ont été centrés autour de certains groupes à risque, les aspects liés aux travailleurs plus âgés seront traités dans le chapitre 3. Les indicateurs confirment l'importante sous-participation au travail de certains groupes spécifiques. Le taux d'emploi des personnes qui n'ont pas la nationalité d'un des états de l'Europe des 25, des personnes infra scolarisées et des personnes avec un handicap demeure très en dessous de celui de la population active totale. Les isolés, les personnes de formation inférieure, et surtout les parents isolés et les personnes de nationalité extérieure à l'Europe des 25, courent un risque nettement accru de chômage de longue durée. En 2005, la proportion de personnes vivant dans un ménage sans travail rémunéré était en Belgique une des plus élevée de l'Europe des 25 (13,5% contre 10% pour l'Europe des 25). On constate que l'augmentation pourtant sensible du taux d'emploi féminin (de 44,6% en 1992 à 53,8% en 2005) ne s'est pas accompagnée d'une diminution du pourcentage de ménages sans travail rémunéré. Il semble donc que cette augmentation ait surtout été le fait de ménages dans lesquels le travail rémunéré était déjà présent. Certains groupes nécessitent de toute évidence des mesures spécifiques en matière d'accompagnement vers l'emploi. Compte tenu du pourcentage élevé de risque de pauvreté pour les personnes qui vivent dans un ménage sans travail, l'attention à la protection du revenu reste essentielle.

Partant de ces constats, et en complément de la politique générale du marché du travail, le thème «activation et diversité» sera mis en avant dans ce PAN Inclusion comme un défi politique essentiel. Pour augmenter le taux d'emploi des groupes à risque, des mesures spécifiques et différenciées doivent être prises pour les personnes concernées de façon à les amener vers l'emploi, et des efforts doivent être développés pour leur rendre plus accessible le marché du travail.

TARGET 1: Augmenter le taux d'emploi de groupes cibles spécifiques, à savoir les personnes de nationalité extérieure à l'Europe des 25, les personnes infra scolarisées, et les personnes avec un handicap.

	2005	2008	2010
Population active totale	61,1%	66%	70%
Femmes	53,8%	55%	60%
Infra scolarisés	32,6%	40%	50%
Personnes avec un handicap	35,6%	40%	50%

TARGET 2: Ramener le taux de chômage des personnes de nationalité ou d'origine étrangère au niveau de celui des travailleurs belges.

	2005		Rapport UE/Non UE		
	Non UE	UE	Indice 2005	Target 2008	Target 2010
Belgique	32,2%	7,9%	24,53	70	100
Bruxelles	34,6%	14,0%	40,46	76	100
Flandre	25,6%	5,2%	20,31	68	100
Wallonie	39,4%	11,6%	29,44	72	100

TARGET 3: Augmenter la participation à la formation tout au long de la vie, en particulier pour les personnes ayant un faible niveau de formation initiale. Il s'agit ici du pourcentage de la population âgée de 25 à 64 ans qui a participé à une formation ou à un enseignement au cours des 4 semaines ayant précédé l'enquête sur les Forces de Travail.

	2003	2004	2008	2010
Belgique	8,5%	9,5%	11,5%	12,5%
De formation inférieure	2,6%	3,2%	4,5%	6,25%

TARGET 4: Réduire le décrochage scolaire ou, plus précisément, le pourcentage de jeunes de 18 à 24 ans qui n'ont pas le diplôme de secondaire supérieur et qui ne suivent plus aucune forme d'enseignement ou de formation.

	2005	2008	2010
Belgique	13%	11%	10%

2.1.3. Pauvreté infantile: Rompre l'engrenage de la pauvreté

Observer la pauvreté et l'exclusion sociale en partant de la perspective des enfants est assez nouveau en Belgique. Dans le Rapport Général sur la Pauvreté (1994) l'importance de la famille et des mesures de protection de la vie familiale des personnes vivant dans la pauvreté a été mise en avant comme un maillon essentiel dans la lutte contre la pauvreté. Se focaliser sur une des composantes de la famille, en l'occurrence les enfants, et observer les choses de ce point de vue, permet toutefois de dégager de nouvelles pistes pour mettre fin à l'engrenage de la pauvreté, qui fait que la pauvreté passe de génération en génération.

Le taux de pauvreté infantile de la Belgique est inférieur à la moyenne de l'Europe des 25 (17% contre 19%). Mais, tout comme dans la majorité des états membres, le risque de pauvreté des enfants (- de 16 ans) est légèrement supérieur au pourcentage de risque de pauvreté de la population totale. Les enfants de parents isolés, et a fortiori les enfants qui vivent dans des ménages dont aucun membre ne travaille, sont confrontés à un risque de pauvreté particulièrement élevé, respectivement 36% et 70%. Pour ces catégories, les chiffres sont supérieurs à la moyenne européenne. La situation difficile de ces familles se reflète également dans d'autres domaines, comme la (im)possibilité de partir en vacances. Avec près de 13%, le pourcentage d'enfants qui vivent dans un ménage sans travail rémunéré se situe parmi les plus élevés d'Europe.

En dépit du rôle joué par l'enseignement, la tendance à la reproduction de l'infortune de génération en génération persiste. L'enquête PISA, de laquelle il ressort que les enfants dont les parents ont un statut socioprofessionnel élevé (quartile supérieur) obtiennent des scores nettement plus élevés aux tests d'aptitude à la lecture que les enfants dont les parents ont un faible statut socioprofessionnel (quartile inférieur), illustre bien ce phénomène.

Les enfants habitent un peu plus fréquemment que la population totale dans des logements présentant des manquements, et nettement plus fréquemment dans des logements présentant un manque d'espace. En matière de confort de base (bain ou douche, eau chaude courante, WC intérieur), les enfants sont en moyenne également moins bien lotis que la population globale.

Un facteur essentiel dans le combat pour briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté est le renforcement des possibilités qu'ont les personnes qui vivent en pauvreté de se construire une vie de famille autonome et de qualité dans laquelle les enfants trouveront un soutien dans leur développement et bénéficieront d'un maximum de

chances pour donner corps à leur avenir sans être en cela perturbés par une accumulation de problèmes et de difficultés consécutifs à la pauvreté. En quelques mots, cela implique un revenu conforme à la dignité, un emploi de qualité, un logement de qualité également, de bonnes opportunités d'enseignement, ainsi que des possibilités de loisirs.

TARGET 1: Réduire le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans en risque de pauvreté, c'est-à-dire vivant dans un ménage dont le revenu équivalent total est inférieur à 60% du revenu médian national équivalent.

	2003	2008	2010
Belgique	17%	15%	12%

TARGET 2: Réduire la proportion d'enfants (0-17 ans) vivant dans des ménages sans emploi rémunéré.

	2004	2005	2008	2010
Belgique	13,2%	12,9%	10%	7%

SECTION 2.2.: GARANTIR À CHACUN UN LOGEMENT ABORDABLE ET DE QUALITÉ EN INTERVENANT SUR LE MARCHÉ LOCATIF

2.2.1. Mesures politiques

Axe1: Agir sur l'offre, tant quantitativement que qualitativement

L'accès au logement et la qualité de celui-ci constituent une priorité dans les politiques mises en œuvre. Ainsi, la Flandre actualise le régime des aides au loyer en le centrant sur le contrôle de la qualité et le respect des normes minimales de qualité, étudie la possibilité de créer un fonds pour les garanties, stimule le service des agences immobilières sociales, et poursuit le développement des unions de locataires. L'offre de logements modestes est par ailleurs élargie, et la mixité entre logement social et privé est recherchée. Dans la même optique, la Région wallonne concrétisera le volet logement de son Plan «HP», mobilisera du patrimoine privé, améliorera la qualité des locations modestes, conclura des partenariats avec le privé et stimulera la création de logements «communautaires». De son côté, la Région de Bruxelles-Capitale prévoit la construction de 5.000 nouveaux logements, stimule la transformation de bureaux abandonnés en logements et l'occupation des logements vides au-dessus des commerces, et réduira le précompte immobilier dans les quartiers à discrimination positive.

Axe 2: Abaisser le seuil d'accès au logement en agissant tant sur le coût que sur les revenus

Au niveau fédéral, des grilles indicatives de loyers seront déterminées dans le cadre des commissions paritaires locatives. La création d'un fonds pour le paiement des cautions est examinée. En Flandre, le régime des aides au loyer connaîtra des modalités simplifiées. On examinera par ailleurs dans quelle mesure le revenu disponible, dans lequel il est tenu compte des dettes, peut servir de base pour l'inscription et pour l'attribution d'un logement. Les aides au loyer seront également réformées à Bruxelles, où leur accès sera facilité. Une expérience est entre autres prévue pour des groupes cibles spécifiques, tandis qu'une taxe régionale sur les immeubles laissés à l'abandon sera instaurée, qu'un Centre d'Information du logement sera créé, et qu'on procédera à une simplification administrative.

Axe 3: L'accès à l'énergie et à l'eau

Diverses mesures sociales en matière d'énergie sont entrées en vigueur en Flandre dès la libéralisation du marché de l'énergie en juillet 2003. Suite à une évaluation de fond, le principe d'un projet de décret ainsi que d'un projet d'arrêté ont été approuvés le 20 juillet 2006 par le gouvernement flamand. Ceux-ci prévoient notamment l'augmentation de la fourniture minimale d'électricité et une réglementation encore plus stricte des coupures. Entre-temps, un projet pilote visant la mise en œuvre de bilans énergétiques sociaux a lieu en Flandre orientale. En Région wallonne, le développement d'un fonds social de l'eau constitue un pas important vers l'instauration d'un véritable droit à l'énergie. La Région wallonne veillera en outre à un meilleur accès de tous au gaz et à l'électricité et à une meilleure protection des plus démunis. Dans les logements sociaux bruxellois, on installera progressivement des comptes individuels dans le cadre des limites budgétaires et, en cas de rénovation, on veillera à favoriser les économies d'énergie et le recours aux énergies renouvelables.

Axe 4: Renforcer la position des locataires et stimuler la participation

Au niveau fédéral, 3 projets pilotes en matière de commission paritaire locative sont financés par la politique des grandes villes dans les villes de Charleroi, Gand et Bruxelles. Pour renforcer la position des locataires et leurs droits, l'enregistrement des contrats de bail, qui devront dès lors nécessairement être écrits, sera rendu obligatoire. Une règle de priorité pour les habitants de logements déclarés inhabitables sera reprise dans le nouvel arrêté flamand relatif au logement social, tandis que dans le cadre du nouveau régime flamand des allocations loyers les occupants de logements insalubres et/ou inhabitables recevront un soutien sous la forme d'une allocation loyer si ils déménagent vers un logement conforme. La taxe sur les logements abandonnés introduite en Flandre en 1995 a été modifiée en 2004, avec l'introduction d'une méthode plus homogène et plus objective pour déterminer le montant de la taxe. La Région wallonne veut améliorer l'accompagnement social des locataires sociaux et promouvoir la qualité de leur environnement. Dans le logement privé, les propriétaires qui, en Région wallonne, continuent à louer des logements frappés d'une interdiction, seront sanctionnés. À Bruxelles, les logements sociaux seront dotés de services sociaux professionnels, et les conseils consultatifs de locataires seront étendus à tous les logements sociaux.

Axe 5: «Socialiser» le logement privé

En Flandre, le budget des agences immobilières sociales sera encore augmenté. Elles disposeront de nouvelles possibilités d'action et d'une campagne de promotion. La Région wallonne prévoit également un refinancement des AIS, essentiellement via une aide aux travaux de rénovation/réhabilitation dans les immeubles inoccupés qu'elles prennent en gestion. Un audit énergétique est également prévu pour ces logements. À Bruxelles, le parc AIS sera augmenté de 2.000 unités, tandis que le Réseau Habitat permet, par la mise en œuvre de son Plan pluriannuel, d'offrir différents services de type social aux habitants qui ne bénéficient pas d'un logement social: conseils en rénovation, accompagnement social et recherche de logement.

Axe 6: Renforcer l'accompagnement des sans-abri

L'autorité fédérale lèvera les obstacles qui font qu'une personne sans-abri ne peut prendre une adresse de référence. Pour promouvoir l'intégration des sans-abri, la Région wallonne stimule la professionnalisation du secteur. En Région bruxelloise, plusieurs mesures sont également prévues: une concertation sur les missions prioritaires de l'insertion par le logement et l'intensification des programmes de cohésion sociale aura lieu, l'organisation d'un abri de nuit, l'augmentation du nombre de places d'hébergement pour les femmes, la création d'un lieu de parole, l'augmentation des moyens destinés au travail de rue, un soutien financier du logement accompagné, et la création d'un centre de référence. Pour sa part, la Communauté française développera un projet de sensibilisation des personnes sans abri à leur santé. La Communauté Germanophone est en train d'évaluer le décret du 9 mai 1994 portant l'agrégation d'institutions accueillant et encadrant provisoirement des personnes en détresse et portant octroi de subsides en vue de l'achat, la construction, la location, la remise en état et l'équipement d'habitations destinées à l'accueil d'urgence.

Axe 7: Agir transversalement et favoriser la coordination des différents niveaux de pouvoir

Au niveau fédéral, des moyens supplémentaires pour le logement des personnes à bas revenus seront octroyés aux 15 villes et communes qui bénéficient déjà d'un soutien dans le cadre des contrats de ville, ainsi qu'à Malines et à Saint-Nicolas. Ces logements doivent notamment bénéficier aux personnes disposant d'un bas revenu. La CIM Politique des Grandes Villes et Logement prévoit l'organisation d'un dialogue entre l'État fédéral et les entités fédérées, sur des questions tant urbaines que de logement. Dans ce cadre, dix groupes de travail ont été mis en place. Au niveau de la Région bruxelloise, il est prévu d'organiser une table ronde de coordination pour lutter contre les marchands de sommeil, ainsi qu'une réunion interrégionale sur l'accompagnement social.

Axe 8: Développer la connaissance de la problématique

En 2006, l'administration fédérale de la Politique des grandes villes poursuivra le développement de la banque de données sur les villes qu'elle a commencé à créer en 2005. Au niveau flamand, le Centre de Connaissance pour une Politique Durable du Logement met en œuvre une mission de recherche concernant la qualité des logements et les souhaits des habitants en la matière. Une recherche sur la politique de l'offre

dans le secteur locatif privé est également en cours, ainsi qu'une recherche sur les possibilités et les modalités d'un fonds de garanties locatives. Plusieurs outils seront également développés en Région bruxelloise: une évaluation des outils afin d'améliorer l'efficacité des dispositifs existants et d'assurer leur accessibilité aux personnes les plus pauvres, la mise en place d'un observatoire de l'habitat, une étude structurelle et prospective sur l'habitat, un Atlas des Quartiers et, enfin, la constitution d'un cadastre des propriétés publiques.

2.2.2. Indicateurs et modalités de suivi

Les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi de chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Les résultats seront ajoutés au fur et à mesure dans le fichier interactif de suivi. Les évolutions dans la target telle que formulée à la section 2.1.1. seront suivies dans le groupe de travail indicateurs.

2.2.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif

Les moyens affectés à chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Mais la réalisation de l'objectif de permettre à chacun d'avoir un logement convenable passe aussi et surtout par la mobilisation des coûts considérables investis dans les politiques structurelles déjà mises en œuvre, tant en matière de logement que dans des domaines connexes, qu'il s'agisse d'emploi, de fiscalité, d'aide sociale, de rénovation urbaine, de justice ou même de santé. Cette diversité dans les approches, qui s'accompagne évidemment d'une diversité comparable des personnes responsables et des sources de financement, requiert un effort soutenu en termes de coopération. La Conférence interministérielle Politique des Grandes Villes et Logement en est un instrument essentiel.

SECTION 2.3. DÉVELOPPER L'ACTIVATION ET LA DIVERSITÉ DANS L'EMPLOI ET DANS L'INTÉGRATION SOCIALE

2.3.1. Mesures politiques

Axe 1: Promouvoir l'égalité des chances dans (l'accès à) l'emploi et gérer la diversité

L'objectif majeur est que le marché du travail soit le reflet de la réalité sociale. À cette fin, chacun doit avoir un accès égal aux emplois publics et privés et les discriminations doivent être combattues. Au niveau fédéral, un groupe de travail interministériel sur la discrimination a été mis en place, et des actions de sensibilisation du monde de l'entreprise ont été entreprises. Le CNT a reçu pour mission de dresser l'inventaire de toutes les mesures d'emploi de façon à veiller à une bonne harmonisation des différentes mesures, dans lesquelles l'optimisation des chances sur le marché du travail et un emploi durable pour les groupes à risques occupent une place centrale. À différents endroits, la politique accorde aussi de l'attention à l'aspect diversité: budget distinct pour des projets dans le cadre de la diversité, promotion de la gestion de la diversité dans les entreprises par le biais de la prime +, mais aussi une attention particulière pour le thème «gender». L'État fédéral a décidé de soutenir la diversité et la lutte contre les discriminations dans l'emploi en lançant un projet de certification des efforts réalisés par les entreprises sur cette thématique. La Flandre lancera des plans de diversité pour augmenter la participation au travail des pauvres et des ex-détenus. Une politique révisée en matière de diversité doit permettre de prévenir l'exclusion du marché du travail pour les plus âgés, les personnes d'une autre origine ethno-culturelle et les handicapés. L'autorité flamande consacre plus de 8 millions par an à un certain nombre d'initiatives, et prévoit également une prime à l'emploi lors de l'engagement de personnes de plus de 50 ans. En Wallonie, l'Égalité des chances occupe une place centrale en matière d'accès à l'emploi. Outre les mesures structurelles qui visent en priorité ces publics – dont le Dispositif intégré d'Insertion socioprofessionnelle –, la Région wallonne développe plusieurs mesures spécifiques dans le cadre de son Plan stratégique transversal Inclusion sociale: renforcement du jobcoaching au sein des Missions régionales pour l'Emploi, renforcement de la préqualification au sein des EFT et des OISP, renforcement de l'insertion des personnes souffrant d'un handicap au sein des entreprises, renforcement de l'insertion des bénéficiaires du droit à l'intégration sociale par l'engagement, au sein des CPAS, de conseillers en insertion supplémentaires, et renforcement de l'insertion des personnes faiblement qualifiées par le renforcement des Entreprises d'Insertion existantes et la création de nouvelles structures. À Bruxelles, la politique de la diversité passera par l'organisation de séminaires de sensibilisation dans les entreprises, par une Charte Diversité, par un Plan de la Diversité, et par le recours à des consultants spécialisés. Un plan de gestion de l'égalité des chances sera également mis en œuvre au sein de l'administration bruxelloise du logement.

Axe 2: Lever les obstacles qui entravent l'accès des parents à l'emploi

L'autorité fédérale a mené à terme l'élargissement des congés parentaux ainsi que l'amélioration du congé de maternité. Il s'est donné pour tâche d'aligner le secteur public sur ce qui a été réalisé dans le secteur privé. Par ailleurs, en élaborant un nouveau statut pour le télétravail à domicile, il contribue également à favoriser entre autre une meilleure conciliation entre la vie de travail et la vie privée. Ce statut sera encore amélioré en adaptant la loi sur le bien être au travail à cette modalité particulière de travail. Le plan d'action flamand pour l'élargissement de l'offre d'accueil flexible et occasionnel des enfants entrera en vigueur en 2007. La Communauté française mettra en œuvre le Plan Cigogne II, visant à créer 8.000 places d'accueil supplémentaires pour les enfants de 0 à 3 ans, tandis que le Gouvernement wallon a prévu des moyens complémentaires pour soutenir la politique menée en la matière par la Communauté française afin d'atteindre les objectifs du Sommet européen de Barcelone (un taux de couverture de 33% d'ici 2010). À Bruxelles, ce sont 2.600 places de crèches qui vont être créées, tandis que la Commission Communautaire flamande y créera des places d'accueil occasionnel et flexible dans les infrastructures existantes et permettra le démarrage de nouvelles initiatives. Elle augmentera également du nombre de places réservées aux enfants de primo-arrivants, et organisera pour le personnel des structures d'accueil de jour pour enfants des formations mettant l'accent sur l'accessibilité. Enfin, l'accueil des enfants des demandeurs d'emploi sera renforcée, avec l'ouverture d'une seconde Maison d'enfants dans une zone «précarisée» de la région et en intensifiant le partenariat avec les crèches de la Région.

Axe 3: Promouvoir l'emploi des moins qualifiés en les soutenant dans leurs démarches d'insertion, en développant et en reconnaissant leurs compétences

Pour réaliser l'insertion socioprofessionnelle durable sur le marché du travail des bénéficiaires du CPAS inscrits dans un premier trajet vers l'emploi, l'autorité fédérale met en place plusieurs instruments, dont les conventions avec les CPAS des grandes villes, l'axe «Inclusion sociale» de la programmation FSE fédérale, et la mesure de promotion de l'insertion des clients de CPAS dans le monde de l'entreprise. En ce qui concerne les parcours intégrés, les efforts des CPAS en matière de diversification des mises à l'emploi seront mieux pris en compte. Le plan stratégique flamand «lettrisme» avance des priorités claires et prévoit la mise en œuvre d'une série d'actions. Avec le Décret relatif à l'obtention d'un titre de compétence professionnelle, l'autorité flamande veut donner à chacun le droit d'obtenir ce pour quoi il ou elle dispose des compétences requises. En Wallonie, le Dispositif intégré d'Insertion professionnelle prévoit un accompagnement sur mesure des groupes cibles prioritaires: demandeurs d'emploi très éloignés de l'emploi dont les peu qualifiés, chômeurs de longue durée, bénéficiaires du revenu d'intégration, personnes handicapées et personnes d'origine étrangère. L'action des CPAS sera par ailleurs renforcée afin de favoriser l'insertion des bénéficiaires du revenu d'intégration. En outre, le volet insertion professionnelle du Plan HP garantit un accompagnement aux résidents permanents de campings. Par ailleurs, la Région wallonne agira au niveau de l'orientation professionnelle, tandis qu'un programme d'alphabétisation sera mené conjointement avec

la Communauté française. Pour la Communauté française, l'objectif de l'accord de coopération avec la Région wallonne et avec la COCOF est d'augmenter de 50% la capacité générale d'accueil des cours d'alphabétisation pour adultes. Le programme wallon contient en outre une stratégie cohérente de lutte contre la fracture numérique. Enfin, la validation des compétences, qui sera organisée par la Région wallonne, la Communauté française et, à Bruxelles, la COCOF, contribuera à offrir plus de possibilités de formation sur le lieu de travail et à augmenter le volume et le niveau de qualification. Un partenariat sera créé entre l'ORBEM et les 19 CPAS bruxellois pour la réalisation d'un programme commun d'insertion socioprofessionnelle des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale ou équivalent, tandis que l'administration régionale embauchera des personnes sous «contrat de premier emploi».

Axe 4: Soutenir l'intégration sociale en amont de l'intégration professionnelle des groupes à risque, et promouvoir l'activation via des activités non nécessairement professionnelles

L'activation ne doit pas se limiter à un emploi rémunéré. Il faut aussi tenir compte de la diversité de l'exclusion sociale, et stimuler toute possibilité conduisant à l'intégration dans la société. La Flandre investira dans le développement de l'économie sociale de service. Le cadre décretaal organisant l'économie sociale de service doit devenir un fait fin 2006. Dans le cadre du plan flamand pour plus d'emplois, des actions sont prévues principalement à destination des demandeurs d'emploi qui sont confrontés avec une problématique non liée au marché du travail: le renforcement du screening spécialisé, le développement pilote de parcours d'activation combinant travail et soins, et l'augmentation quantitative et qualitative de postes de travail protégés dans l'économie sociale. De son côté, la Région wallonne favorisera la création de relais sociaux et de relais santé intégrés. Dans la même optique, la Communauté française organisera un service préventif par la mise en place d'équipes mobiles avec le milieu associatif et médical. Pour promouvoir l'accès à la culture, elle instaurera la gratuité des musées conventionnés le premier dimanche du mois.

Axe 5: Stimuler l'expansion de l'économie sociale, des services de proximité et du développement durable en tant que leviers de l'activation et de la diversité dans l'emploi

Pour promouvoir la durabilité des marchés publics, un point d'appui marchés publics durables sera créé au niveau fédéral. Les Régions se sont engagées, dans le cadre de l'accord de coopération relatif à l'économie plurielle, à soutenir les coopératives d'activités, tandis que la CIDD a élaboré un cadre de référence relatif à la responsabilité sociétale des entreprises. En Flandre, les plans d'action urbains et communaux de lutte contre le chômage des jeunes seront mis en œuvre. À côté de l'activation des jeunes, il s'agit surtout de jobhunting, de jobcoaching intensif, et de l'offre de jobs sur mesure. À l'intérieur de l'économie d'insertion, le gouvernement flamand créera des emplois de qualité supplémentaires, et accordera plus d'attention à l'encadrement et à la qualité du travail. En Région wallonne, les Coopératives d'activité seront pérennisées, tandis que les entreprises d'insertion seront renforcées et que de l'emploi sera créé dans les services de proximité. Par ailleurs, un nouveau décret Services de proximité

sera élaboré au cours de l'année 2006. Enfin, le volet développement rural du Plan HP contribuera à assurer un développement territorial équilibré. À Bruxelles également, de nouveaux emplois de proximité seront créés, tandis qu'il est prévu de mettre en place une plate-forme régionale d'économie sociale pour soutenir la création d'activités économiques par des centres d'entreprises et des guichets d'économie sociale.

Axe 6: Développer la connaissance de la problématique

Concernant la connaissance en matière d'activation, plusieurs recherches vont être lancées au niveau fédéral, dont une étude sur les trajets, visant à évaluer les taux de maintien en activité des publics aidés par les CPAS, ainsi qu'une étude sur les transferts, qui analysera l'impact réel de l'activation du comportement de recherche d'emploi suite au Plan d'accompagnement renforcé des chômeurs. En Région bruxelloise, toutes les mesures d'emploi seront inventoriées, et l'ensemble des mesures seront évaluées afin de pouvoir en simplifier les dispositifs et à ne maintenir que celles qui permettent la création d'emplois convenables et normalement rémunérés. Concernant la connaissance en matière de diversité, l'enregistrement – ou le monitoring – ethnique permet de rechercher où se situent les problèmes, dans quels secteurs, dans quelle région et dans quelles professions. Il a été demandé aux partenaires sociaux de lui faire part d'une «position univoque». Les minorités ethniques seront interrogées le plus largement possible sur leurs idées par rapport au monitoring. En Flandre, les différentes initiatives relatives à l'enregistrement des allochtones seront harmonisées, et on a commencé à explorer quelques pistes pour parvenir à une méthode plus objective pour mesurer le groupe cible des allochtones. À Bruxelles, une table ronde sur les statistiques fondées sur l'origine va être organisée.

2.3.2. Indicateurs et modalités de suivi

Les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi de chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Les résultats seront ajoutés au fur et à mesure dans le fichier interactif de suivi. Les évolutions dans les targets telles que formulées à la section 2.1.2. seront suivies dans le groupe de travail indicateurs.

2.3.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif

Les moyens affectés à chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Mais la réalisation de l'objectif de développer l'activation et la diversité dans l'emploi et dans l'intégration sociale passe aussi et surtout par la mobilisation des coûts considérables investis dans les politiques structurelles déjà mises en œuvre, tant en matière d'emploi que dans des domaines connexes, qu'il s'agisse d'enseignement, de formation, de sécurité sociale, d'aide sociale, d'accueil de l'enfance, de justice, de lutte contre le racisme ou même de santé. Cette diversité dans les approches, qui s'accompagne évidemment d'une diversité comparable des personnes responsables et des sources de financement, requiert un effort soutenu en termes de coopération. D'où l'importance des différentes politiques transversales mises en place.

SECTION 2.4. LUTTER CONTRE LA PAUVRETÉ QUI FRAPPE LES ENFANTS

2.4.1. Mesures politiques

Axe 1: Agir sur le revenu des familles et sur le coût du logement

Plusieurs mesures présentées dans les sections 2.2. et 2.3. s'inscrivent dans cet axe. Il n'est pas nécessaire de les rappeler ici pour se rappeler de leur importance. D'autres mesures s'adressent en particulier aux ménages avec enfants, avec pour impact attendu une amélioration des conditions matérielles dans lesquelles vivent ces derniers. Ainsi, la liaison des allocations sociales au bien-être est une priorité du gouvernement fédéral. Le système du bonus à l'emploi contribue également à cet objectif, de même que la toute nouvelle allocation familiale de rentrée prévue dès août 2006 pour les enfants de 6 à 18 ans.

Axe 2: Stimuler la participation sociale de tous les enfants dès le plus jeune âge

Une participation précoce à la société, entre autres via les structures d'accueil de la petite enfance et l'enseignement maternel, augmente les chances de réussir par la suite dans l'enseignement. Le gouvernement fédéral a pris récemment l'initiative de développer un projet dans lequel des médiateurs interculturels vont être engagés pour augmenter la fréquentation scolaire des enfants mendiants. La Flandre a entrepris des efforts pour augmenter l'offre d'accueil et en améliorer l'accessibilité en partant des mécanismes d'exclusion existants. En outre, on entend augmenter la participation à l'enseignement maternel par une sensibilisation à l'importance d'une participation précoce. La Communauté française prévoit une évolution de l'encadrement dans l'enseignement maternel à tout moment de l'année en fonction de l'augmentation du nombre d'enfants. Pour les primaires, on a prévu un renforcement de l'encadrement dans les deux premières années par l'engagement d'enseignant(e)s supplémentaires. La Région wallonne met l'accent sur la lutte contre le décrochage scolaire et la promotion de l'accès aux nouvelles technologies pour les jeunes. En Région bruxelloise, la Commission Communautaire Française stabilisera le financement des écoles de devoirs et d'autres services d'accueil des jeunes en difficulté, et prévoit par ailleurs une subsidiation pour garantir un meilleur accès des plus démunis à la pratique sportive. À partir de la rentrée scolaire 2006, les musées de Wallonie et de Bruxelles qui sont conventionnés avec la Communauté française seront gratuits pour les groupes scolaires et les groupes de jeunes, tandis que le renforcement des collaborations entre la Culture et l'Enseignement permettront de donner à la culture une place centrale au sein des établissements scolaires. Des initiatives seront également prises dans le domaine du sport pour favoriser l'intégration, l'affiliation et la participation des jeunes fragilisés socio économiquement.

Axe 3: Abaisser le coût de l'enseignement et y promouvoir l'égalité des chances

En Flandre, l'enseignement fondamental sera rendu gratuit pour tout ce qui est nécessaire pour mener sa scolarité à terme. Pour ce qui est de la maîtrise des coûts dans l'enseignement secondaire, un montant maximum sera établi. Un nouveau système de financement basé sur les caractéristiques de l'école et des élèves sera introduit pour tout l'enseignement obligatoire néerlandophone. Les filières conduisant aux professions de pointe bénéficieront d'une prime supplémentaire par élève, afin d'encore alléger la contribution des parents. La gratuité ou la limitation des coûts est également un thème particulièrement d'actualité dans les LOP. La Flandre fait par ailleurs de nombreux efforts pour atteindre au maximum les groupes cibles qui ont droit à une bourse d'étude. La nouvelle réglementation visant à simplifier administrativement l'obtention des allocations d'étude introduit des plafonds plus élevés et des montants plus élevés. La simplification administrative fera que le citoyen ne devra plus réunir qu'un minimum d'information pour remplir sa demande. La réforme de l'enseignement ordinaire et de l'enseignement spécial est actuellement soumise à la concertation sociale. Depuis l'année scolaire 2005-2006, les écoles peuvent mettre en œuvre des règles de priorité et appliquer une politique active de recrutement pour diversifier leurs populations. La Flandre étudie par ailleurs a façon dont l'enseignement peut être adapté aux allochtones primo-arrivants (les «OKAN»). D'autres projets sont également développés, par exemple en matière d'aide aux devoirs auprès des familles du quartier. En Communauté française, une circulaire a clairement rappelé aux écoles la législation concernant les frais scolaires tout en leur présentant de nouvelles mesures qui entreront prochainement en vigueur, concernant notamment les frais qui peuvent être réclamés aux élèves et à leur famille. Enfin, toute une série d'actions visent la revalorisation de l'enseignement qualifiant.

Axe 4: Soutenir les parents dans leur rôle éducatif

Dans le plan d'action flamand «école buissonnière» ainsi que dans les conventions de gestion avec les fédérations d'associations de parents, on trouve une série d'actions visant à augmenter l'implication des parents des groupes qu'il est difficile d'atteindre. Spécifiquement pour ces groupes cibles, il a été prévu que, dès septembre 2006, les CLB reprennent structurellement dans la formation de leur personnel des médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale et des médiateurs interculturels. En Flandre, on travaille également au renforcement de la politique en matière de soutien éducatif. À côté de cela, la Flandre soutiendra la mise en œuvre du programme «Triple P», et continuera à subsidier les familles d'accueil. Pour améliorer les relations entre l'école et les familles, la Communauté française lancera diverses initiatives visant à renforcer les liens entre les familles et les écoles. À Bruxelles, la VGC développera des centres pour l'éducation ainsi qu'une offre en matière de soutien aux familles. Par ailleurs, les actions de prévention menées avec les jeunes par les CPAS bruxellois seront encouragées.

Axe 5: Éviter le placement des enfants et favoriser les solutions alternatives

Sur la base d'un avis de la CIM, les discussions doivent se poursuivre entre le fédéral et les Communautés pour parvenir à un accord de coopération pour l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés. En Flandre, le Plan d'Action Global pour l'aide spéciale à la jeunesse permet une croissance de 14% de l'offre en matière d'aide spéciale à la jeunesse. Il s'agit également ici de prévention, d'évaluation des risques, de détection précoce à domicile, ... Une amélioration de la politique d'aide à la jeunesse a également été décidée en Communauté française via toute une série de mesures. Enfin, la Région wallonne créera des structures d'urgence permettant de loger des familles et de les accompagner vers un logement durable.

Axe 6: Développer la connaissance de la problématique

Une recherche sur le lien entre pauvreté et placement est actuellement en cours au niveau fédéral. En Flandre, la pauvreté dans l'enseignement est suivie via les indicateurs GOK et des enquêtes comparatives internationales (PISA, ...), tandis que les LOP s'efforcent de cartographier la manière dont les données centrales de l'enseignement en matière de problématique d'égalité des chances se traduisent au niveau local, de façon à rendre possible une politique basée sur les besoins locaux. Kind en Gezin procède également à un enregistrement permanent des familles pauvres. En Communauté française, les mesures visant à lutter contre les écoles ghettos et à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale seront évaluées et étudiées. L'objectif est d'envisager des pistes et des actions supplémentaires/complémentaires. À Bruxelles, une cartographie des besoins d'accueil va être réalisée. Le rapport social de la Communauté germanophone mettra l'accent sur la thématique «Pauvreté-enfants». Ce rapport est attendu pour l'automne 2006.

2.4.2. Indicateurs et modalités de suivi

Les indicateurs qui seront utilisés pour le suivi de chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Les résultats seront ajoutés au fur et à mesure dans le fichier interactif de suivi. Les évolutions dans les targets telles que formulées à la section 2.1.3. seront suivies dans le groupe de travail indicateurs.

2.4.3. Moyens affectés à la réalisation de l'objectif

Les moyens affectés à chacune des actions sont explicités dans les fiches du monitoring. Mais la réalisation de l'objectif de lutter contre la pauvreté des enfants passe aussi et surtout par la mobilisation des coûts considérables investis dans les politiques structurelles déjà mises en œuvre, tant en matière d'enseignement que dans des domaines connexes, qu'il s'agisse de sécurité sociale, d'aide sociale, d'accueil de l'enfance, d'aide sociale, d'emploi, de logement, de santé, de sport ou encore de culture. Cette diversité dans les approches, qui s'accompagne évidemment d'une diversité comparable des personnes responsables et des sources de financement, requiert un effort soutenu en termes de coopération. D'où l'importance des différentes politiques transversales mises en place.

SECTION 2.5. DISPOSITIONS PRISES POUR UNE MEILLEURE GOUVERNANCE

2.5.1. Processus préparatoire

Tout comme les PAN Inclusion précédents, le chapitre PAN Inclusion du présent Rapport stratégique est réalisé sous la coordination du SPP Intégration sociale, qui relève de l'autorité du ministre de l'Intégration sociale. Pour garantir la cohérence avec les autres chapitres, le SPP est représenté au comité de rédaction du Rapport stratégique par son président. Le SPP Intégration sociale est à la base de la réforme du groupe de travail actions, intervenue en juillet 2005 dans le but de renforcer la participation des acteurs. Ce nouveau groupe actions, élargi aux représentants concernés de tous les secteurs de la société civile, s'est réuni 5 fois au cours de la période préparatoire du PAN Inclusion 2006-2008 pour débattre des priorités clés et du projet de PAN Inclusion. Le groupe actions a travaillé en collaboration avec le groupe de travail indicateurs, lequel a poursuivi ses travaux parallèlement en se focalisant sur le développement des indicateurs les plus appropriés pour permettre la détermination des targets et un suivi optimal des trois objectifs clés retenus.

2.5.2. Coordination politique

Le Ministre fédéral de l'Intégration sociale a été mandaté par la CIM Intégration dans la Société pour mener à bien le processus d'élaboration du PAN Inclusion. Participent à cette conférence, outre les ministres fédéraux compétents pour les matières en lien avec l'inclusion sociale, les ministres des Communautés et des Régions responsables de la coordination de la politique d'inclusion sociale. C'est notamment cette conférence qui a décidé de l'élargissement du groupe de travail actions et de sa nouvelle méthode de travail. C'est également elle qui a approuvé le choix des trois priorités clés, ainsi que le planning proposé par les administrations fédérales et régionales pour la réalisation du PAN Inclusion 2006-2008. C'est également la CIM qui a validé le document final.

La coordination politique a également dû s'organiser au niveau régional. En Flandre, une coordination très structurée a été mise en place pour la réalisation du Plan d'Action régional de lutte contre la pauvreté (voir la section consacrée aux bonnes pratiques). En Wallonie, il existe bien entendu également des plans d'actions régionaux coordonnés, dont le PST 3 qui vise spécifiquement l'inclusion sociale, mais qui portent sur des périodes ou des mesures différentes de celle du Plan d'Action national. Les mesures reprises dans le PAN doivent donc préalablement faire l'objet d'un accord au niveau du Gouvernement wallon. Pour simplifier la coordination, ce dernier a décidé de créer en 2003 un comité de suivi volet wallon du PANincl qu'il a décidé de transformer en juillet 2006 en un groupe de travail intercabinets permanent «Inclusion sociale» élargi aux administrations et à des représentants de la société civile. À Bruxelles, la coordination administrative dépend de la CCC et de ses 2 ministres. Bien que cette administration soit légalement chargée de la coordination entre les

différentes institutions politiques du territoire bruxellois, les compétences abordées dans la lutte contre la pauvreté dépendent respectivement de l'une ou de l'autre institution (Région, Commission communautaire ou Communauté). Cela signifie que toutes les compétences abordées ne relèvent pas des ministres impliqués dans la concertation. Cependant, une nouvelle ordonnance sur l'état de la pauvreté vient d'être adoptée par le Parlement bruxellois en juillet 2006, qui coordonne les synergies tant en matière de rapport sur l'état de la pauvreté, qu'en termes de coordination entre gouvernements bruxellois, de collaboration au PAN et d'élaboration d'un plan bruxellois de lutte contre la pauvreté.

2.5.3. Mobilisation et implication des acteurs

Comme on l'a déjà dit, la participation des acteurs a été fortement stimulée par l'élargissement du groupe actions et son nouveau mode de fonctionnement. Le PAN Inclusion 2006-2008 ne s'est pas construit sur le seul groupe de travail actions. D'autres sources ont bien entendu été utilisées, en particulier le rapport «Abolir la Pauvreté» (2005) du Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale (<http://www.luttepauvrete.be>). Cette «contribution au débat et à l'action politiques» est le fruit des débats et des réflexions menés pendant deux ans au sein des groupes de concertation avec lesquels travaille le Service de Lutte contre la Pauvreté, dont font partie les associations où les pauvres prennent la parole. Le rapport a également été alimenté par les débats publics organisés dans le courant de l'année 2005 dans le cadre des 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté.

L'implication a également été renforcée dans le groupe indicateurs, qui s'est notamment attaché à prendre en considération les résultats de la recherche-action-formation «une autre approche des indicateurs de pauvreté» (<http://www.luttepauvrete.be/publicationsserviceindicateurs.htm>)

2.5.4. Mainstreaming

Insuffler l'attention pour les questions d'inclusion dans les différents départements se fait en Belgique via divers canaux. L'implication de tous les niveaux de pouvoirs dans la réalisation du Plan d'Action National Inclusion en est un, tout comme le Plan fédéral pour le développement durable et les processus qui y sont associés (www.ciddd.fgov.be). Le social et la lutte contre la pauvreté y sont repris comme un des piliers fondamentaux du développement durable, et toutes les administrations fédérales sont régulièrement invitées à faire rapport sur les actions entreprises dans ce cadre, tant en interne (gestion des ressources humaines et matérielles) qu'en externe (mesures politiques et communication ciblée). Au niveau régional, tous les départements de l'administration flamande comportent un fonctionnaire de référence en matière d'attention à la pauvreté.

2.5.5. Monitoring et dispositions adoptées en vue de l'évaluation

Tandis que le groupe indicateurs suivra l'évolution des targets et attirera l'attention des autorités concernées au cas où les indicateurs ne décolleraient pas comme attendu, les différentes administrations responsables auront la possibilité d'introduire elles-mêmes sur le site Internet du SPP Intégration sociale les éléments permettant de suivre la mise en œuvre de leurs actions respectives.

À l'instar du fédéral (<http://www.statbel.fgov.be>), les Régions disposent d'instituts de statistiques qui ont développé des méthodes et des instruments permettant de suivre les indicateurs qui reflètent l'évolution socio-économique de leur population. Tant l'administration flamande de la planification et de la statistique (<http://aps.vlaanderen.be>) que l'Institut wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (<http://statistiques.wallonie.be>) ou encore l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social (<http://www.observatbru.be/fr/Publications/barometre.asp>) sont des partenaires incontournables et très actifs du groupe de travail indicateurs. Depuis 2005, l'Observatoire bruxellois publie un baromètre du social, qui aborde la démographie, les revenus, l'emploi, le logement, la santé, le niveau d'instruction, ainsi que l'intégration sociale et la participation ([http://www.observatbru.be/documents/Barometre_Social20051\(1\).pdf](http://www.observatbru.be/documents/Barometre_Social20051(1).pdf)).

Début 2007, un nouveau colloque public se tiendra sur le PAN Inclusion, et constituera une excellente occasion de formuler des recommandations pour l'avenir. Le matériel nécessaire à l'élaboration pour fin 2008 d'un rapport d'évaluation sera donc disponible au fur et à mesure.

Chapitre 3: Rapport Stratégique National

Actualisation du Rapport stratégique national belge pensions 2005

Le système de pensions national belge et une comparaison de ce système avec ceux d'autres États membres de l'UE ont déjà été présentés d'une manière détaillée dans le Rapport stratégique national pensions 2005. Les défis du régime de pensions belge y avaient également été exposés. Le maintien du niveau de vie des ménages pensionnés, le financement durable des dépenses de pensions dans le contexte d'un vieillissement démographique croissant et la résorption du retard de la Belgique en matière d'emploi sont considérés comme étant les défis actuels majeurs. Afin de relever ceux-ci, le gouvernement fédéral a élaboré au cours de l'automne 2005 le *Pacte de solidarité entre les générations* en concertation avec les partenaires sociaux. Ce Pacte vise à préserver la viabilité de la sécurité sociale. Une série de mesures ont été prises à cet effet afin d'augmenter le taux d'activité et de concrétiser le nouveau contrat social en vue d'une sécurité sociale forte et solidaire.

En ce qui concerne le domaine politique des pensions, le rapport comporte une description succincte des mesures prises dans le cadre du *Pacte de solidarité* entre les générations précité en vue d'atteindre les trois objectifs communs ci-dessous.

SECTION 3.1. DES PENSIONS SUFFISANTES

3.1.1. Objectif politique et données contextuelles

Objectif politique g): Un revenu de pension suffisant pour tous et des droits de pension permettant de maintenir raisonnablement le niveau de vie après la mise à la retraite, dans un esprit d'équité et de solidarité inter- et intragénérationnelle.

Le pourcentage de risque de pauvreté auprès de la population totale, pour un seuil de risque de pauvreté de 60% du revenu équivalent médian est de 15% en Belgique pour l'année de revenus 2003 (EU-Silc 2004), tandis que la moyenne UE-25 est de 16%. Pour la catégorie d'âge supérieure (65+) en Belgique, le pourcentage de risque de pauvreté augmente à 21%. Ce pourcentage est significativement plus élevé que la

moyenne UE-25 (18%). Étant donné qu'en Belgique, la part du revenu de pension représente environ 84% du revenu global pour la catégorie d'âge supérieure (65+), un revenu de pension suffisant constitue un instrument important en vue de réduire le pourcentage de risque de pauvreté auprès de cette catégorie d'âge supérieure.

Une description détaillée de la situation des revenus des personnes âgées pensionnées est jointe en annexe, partie I : Analyse de la situation sociale de l'Aperçu général du présent rapport national. L'indicateur 'taux de remplacement théorique' peut fournir une réponse à la question de savoir si les prestations de pension sont suffisantes lors du passage de l'activité économique à la retraite. Les résultats de cet indicateur pour divers cas types d'un travailleur salarié avec une carrière de 40 ans sont joints en annexe de la partie 3 du présent rapport. Pour la période 2004-2050, une légère augmentation des taux de remplacement totaux nets (1^{er} et 2^e pilier) est constatée pour les différents cas types, en raison d'une importance croissante du 2^e pilier.

3.1.2. Mesures

A. Mesures en vue d'un revenu de pension suffisant

– Adaptation au bien-être des pensions minimums par un mécanisme légal d'adaptation au bien-être des prestations sociales (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)

Au cours des dernières années, les prestations de pensions minimums ont suivi l'évolution du bien-être. À partir de 2008, le Pacte de solidarité entre les générations prévoit que le gouvernement doit se prononcer tous les deux ans au sujet de la répartition des moyens financiers qu'il met à disposition en vue d'une adaptation de toutes les prestations de remplacement de revenus de la sécurité sociale à l'évolution du bien-être général. Les pensions minimums en font partie. La mise en œuvre de pareil mécanisme structurel doit faire en sorte que le niveau de protection de la sécurité sociale ne soit pas en retard par rapport à l'évolution du bien-être général et des rémunérations de la population active en particulier. La procédure prévue à cet effet sera mise en place au cours de l'automne 2006 en concertation avec les partenaires sociaux. Le gouvernement peut se baser en la matière entre autres sur les rapports du Comité d'étude sur le vieillissement (cf. point 3.1.2.).

– La pension minimum garantie et le droit minimum par année de carrière : adaptation des modalités (travailleurs salariés)

Sur la base des données administratives des pensionnés actuels, on constate que les femmes, plus que les hommes, se sont constituées une carrière plutôt considérée comme atypique. Ainsi, en raison entre autres de leur nombre plus important d'années de travail à temps partiel, elles n'entrent pas en considération pour bénéficier d'une pension minimum garantie après 30 ans de carrière. Dans ce cadre, une adaptation a été effectuée, de sorte que ces années d'occupation à temps partiel entrent à présent aussi en ligne de compte pour avoir droit à la pension minimum. Leur pension est calculée proportionnellement à la durée de l'activité.

Dans le régime de travailleurs salariés, pour une carrière d'au moins 15 ans d'occupation au cours de laquelle il y a eu au moins pendant un an une activité équivalant à 1/3 de l'occupation à temps plein, un '*droit minimum par année de carrière*' est octroyé. Dans ce cas, la pension est calculée pour chaque année au moins sur la base de la rémunération minimum mensuelle garantie. Le montant servant de base au calcul du droit minimum sera majoré de 17%. Dès lors, les acquis de pension pour ces années seront alignés sur la pension minimum garantie, au prorata de la durée prestée. Ce groupe cible est surtout constitué de femmes.

– Statut maxi pour le conjoint aidant (travailleurs indépendants)

Les conjoints aidants nés après le 31 décembre 1955 sont à partir du 1^{er} juillet 2005 obligatoirement assujettis au statut maxi qui leur permet entre autres de se constituer une pension personnelle. Pour les conjoints aidants qui ne pouvaient envisager une pension minimum en raison d'un nombre insuffisant d'années de carrière pour la pension, des mesures transitoires ont toutefois été prévues, de sorte que les conjoints aidants peuvent prétendre à la pension minimum.

– Augmentation de la garantie de revenus aux personnes âgées (assistance sociale)

Au cours des dernières années, les montants de la garantie de revenus aux personnes âgées ont suivi l'évolution du bien-être. Le 1/12/2005, le montant de base a, à nouveau, été majoré de 10 euros par mois. Malgré cette augmentation, le montant actuel se situe en dessous du seuil de risque de pauvreté. Grâce à la majoration de 60 euros du montant de base au 1.12.2006, le revenu minimum des 65+ isolés se situe au niveau de ce seuil de risque.

B. Mesures en vue de garantir un niveau de vie acceptable aux pensionnés

– Adaptation au bien-être des plafonds salariaux et de revenus dans le cadre du calcul de la pension (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)

Le plafond des salaires et des revenus dans le cadre du calcul de la pension est adapté tous les deux ans (première adaptation en 1999), afin de suivre l'évolution du bien-être. À partir de 2008, l'adaptation des plafonds salariaux et de revenus pour les travailleurs salariés et indépendants est soumise aux mécanismes légalement prévus en ce qui concerne l'adaptation des prestations sociales au bien-être (supra).

– Adaptation des pensions au bien-être pendant la période de la retraite (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)

Les adaptations sélectives au bien-être des anciennes pensions sont poursuivies jusqu'en 2007 et ont pour but de réduire la différence historiquement apparue entre le montant moyen des anciennes pensions et celle des nouvelles pensions. À partir de 2008, l'adaptation des anciennes pensions est soumise aux mécanismes légalement prévus en ce qui concerne l'adaptation des prestations de remplacement de revenus de la sécurité sociale à l'évolution du bien-être général (supra).

– Adaptation de la condition de carrière pour la pension de retraite anticipée non réduite (travailleurs indépendants)

Le travailleur indépendant peut obtenir une pension de retraite anticipée non réduite pour autant qu'il puisse prouver une 'carrière professionnelle complète'. À partir du 1^{er} janvier 2003, une carrière professionnelle complète devait compter 45 années civiles; il faut à présent prouver 44 années civiles. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2006, tant pour les hommes que pour les femmes.

– Assouplissement du malus de pension pour les travailleurs indépendants

Le 'malus de pension' appliqué lors de la retraite avant l'âge de 65 ans est quelque peu affaibli pour les travailleurs indépendants. Le pourcentage de réduction – jusqu'à présent 5% par année d'anticipation – diminue en fonction de l'âge auquel la pension a pris cours. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2007.

SECTION 3.2. VIABILITÉ FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE PENSION

3.2.1. Objectif politique et données contextuelles

Objectif politique h): La viabilité financière des régimes de pensions publics et privés, compte tenu de la pression sur les finances publiques et du vieillissement de la population, et dans le contexte de la triple stratégie afin de faire face aux conséquences budgétaires du vieillissement, notamment en maintenant les personnes plus longtemps au travail, encourageant la vieillesse active, assurant un équilibre adéquat et socialement justifié entre les primes des prestations, et en encourageant la viabilité financière et la sécurité des systèmes de couverture de capitaux et des régimes particuliers.

Dans son rapport annuel de 2006, le Comité d'étude sur le vieillissement actualise son évaluation du coût budgétaire du vieillissement. Lors des évaluations les plus récentes, il a été tenu compte de la mise en oeuvre des mesures du Pacte de solidarité entre les générations qui ont un impact sur l'offre de travail et les dépenses sociales. Le tableau repris en annexe partie 3 montre que le coût budgétaire du vieillissement pour la période 2005-2050 est estimé à 5,8% du PIB. Le coût des pensions s'élève, pour cette période, à 3,9% du PIB. Pour la période 2005-2011, le coût budgétaire du vieillissement, estimé à 0,4% du PIB, resterait plutôt limité. Le Comité d'étude, qui n'a toutefois pas pu tenir compte dans ses évaluations de toutes les mesures du Pacte de solidarité entre les générations, conclut que le coût budgétaire estimé du vieillissement aurait un impact plutôt limité. Pour la période 2005-2011, les mesures prises en considération augmenteraient le coût budgétaire de 0,2 points de %. Cependant, au cours de la période suivante 2011-2030, ces mesures prises en considération diminueraient le coût budgétaire de 0,1 points de %.

Les estimations du coût budgétaire par le Comité d'étude sont inférieures à celles des projections à long terme que la Belgique a transmise au printemps 2006 au Ageing Working Group du Economic Policy Committee de l'UE.

Dans le cadre du vieillissement de la population, les objectifs d'augmentation du taux d'activité et du taux d'emploi deviennent cruciaux.

3.2.2. Mesures

A. Mesures en vue de la viabilité financière des régimes de pension

– Poursuite de la réduction de la dette publique et constitution des réserves structurelles dans le Fonds de vieillissement

À partir de l'exercice budgétaire 2007, la réduction de la dette publique sera accélérée au moyen d'excédents budgétaires annuels qui seront versés au Fonds de vieillissement. Le Fonds de vieillissement a été créé en 2001 afin de constituer une réserve financière permettant de financer les dépenses supplémentaires des divers régimes légaux de pension en raison du vieillissement au cours de la période 2010-2030. Fin 2005, la valeur du portefeuille du Fonds de vieillissement s'élevait à plus de 13,5 milliards d'euros, soit environ 4,53 % du PIB.

– Élargissement de la base de financement de la sécurité sociale entre autres par l'affectation des recettes provenant du précompte mobilier

Dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations, le mode de financement de la sécurité sociale a été renforcé afin d'assurer un équilibre financier durable et de garantir à tous, donc également aux personnes âgées, une protection de haut niveau. Afin d'atteindre cet objectif, la base de financement est étendue à partir de l'exercice budgétaire 2006, entre autres en affectant 15% des recettes du précompte immobilier au financement des systèmes de sécurité sociale. Par ailleurs, le principe de transfert des recettes fiscales générées par l'effet de récupération des réductions de cotisations sociales accordées sera appliqué à partir de 2007.

B. Mesures de renforcement de la tendance à la hausse du taux d'activité

– Instauration d'un bonus de pension comme incitant de prolongation de la carrière (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)

La pension de retraite est majorée d'un 'bonus' à condition que le travailleur salarié ou indépendant ait atteint l'âge de 62 ans ou prouve une carrière professionnelle d'au moins 44 années civiles, tout en continuant d'exercer son activité professionnelle. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2007 et ne concerne que les périodes de prestations ultérieures à 2005. L'instauration du bonus de pension doit inciter les travailleurs salariés et indépendants âgés à poursuivre leur carrière professionnelle après l'âge de 62 ans ou au moins 44 années de carrière. Cette mesure politique a également pour effet supplémentaire d'augmenter le niveau de vie lors de la mise à la retraite (cf. point 3.1.1).

– Avantage fiscal pour le bénéficiaire d'une pension du deuxième pilier à l'âge légal de la retraite (travailleurs salariés ou travailleurs indépendants)

Le bénéficiaire d'une pension complémentaire au terme d'une occupation effective jusqu'à l'âge légal de la retraite fera l'objet d'un traitement fiscal plus avantageux. Pour les travailleurs salariés qui poursuivent leur activité jusqu'à l'âge légal de la retraite, le taux fiscal de la partie constituée au moyen de primes payées par l'employeur sera réduit de 16,5% à 10%. Pour les indépendants qui restent actifs au moins jusqu'à l'âge légal de la retraite, le capital constitué de pensions complémentaires lors de leur conversion en rente viagère fiscale ne sera pris en considération que pour 80%.

– Octroi de droits de pension aux jeunes qui travaillent à temps partiel et qui suivent des cours à temps partiel (travailleurs salariés)

À partir du 1^{er} janvier suivant leur 18^e anniversaire, des droits de pension seront octroyés aux jeunes dans le régime des contrats de stage, des contrats d'apprentissage, du travail à temps partiel et de l'enseignement à temps partiel dans le but d'inciter davantage de jeunes à accepter un emploi. Cette mesure prend cours avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2004.

– Instauration de plafonds salariaux différenciés dans le cadre du calcul de la pension (travailleurs salariés)

En vue d'un meilleur rendement de l'activité par rapport à l'inactivité, le plafond salarial dans le cadre du calcul de la pension est scindé en un plafond applicable aux rémunérations effectives et un plafond applicable aux rémunérations fictives (pour les périodes assimilées suivantes : chômage complet, prépension à temps plein, interruption complète de carrière, crédit-temps à temps plein). Pendant une période restant à déterminer, seul le plafond pour les rémunérations effectives sera au moins adapté tous les deux ans à l'évolution du bien-être général, de sorte qu'une différence apparaîtra progressivement à l'avenir entre les deux plafonds.

SECTION 3.3. LA MODERNISATION DES RÉGIMES DE PENSION

3.3.1 Objectif politique et données contextuelles

Objectif politique i): Régimes de pensions transparents qui répondent aux besoins et aux attentes des hommes et des femmes et aux besoins des sociétés modernes, compte tenu du vieillissement et des changements structurels; bonne information afin que les personnes puissent planifier leur mise à la retraite et que les réformes sur la base d'un consensus le plus large possible puissent être mises en œuvre.

Au cours des dernières décennies, les femmes sont arrivées massivement sur le marché du travail. Plus que pour les hommes, leur carrière est toutefois caractérisée par un travail à temps partiel et des interruptions de carrière. Ainsi, en 2005, environ

42,6% des femmes travaillaient à temps partiel, contre 7,8% des hommes. Le système de pension belge n'a pas suffisamment suivi ces évolutions sociales. Dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations, l'initiative 'Femme et Pension' a démarré fin 2005, entre autres afin de répertorier les conséquences de la situation professionnelle des femmes pour leur pension et d'apporter les adaptations éventuellement nécessaires compte tenu des besoins de la société moderne.

Par ailleurs, une attention particulière a été accordée à la formation de la population. Des études sociologiques ont en effet montré que tant les jeunes qui entament leur carrière que les personnes âgées qui arrivent en fin de carrière connaissent insuffisamment les droits de pension qu'ils se sont constitués. Les choix pendant la carrière professionnelle doivent toujours pouvoir être faits en connaissant leurs conséquences financières tant à court terme qu'à long terme. Il importe donc de bien informer les jeunes au sujet des conséquences de leur choix de carrière pour la pension. Pour les catégories de travailleurs plus âgés, une estimation correcte de leur pension doit pouvoir être faite afin de leur montrer par exemple ce que la poursuite de leur activité pendant un an a comme conséquence financière sur leur pension.

3.3.2. Mesures

A. Mesures qui répondent aux besoins de la société moderne

– Meilleur accès aux pensions minimums garanties

Le meilleur accès à la pension minimum déjà mentionné est une mesure prise en 2006 afin de mieux tenir compte de la situation spécifique des femmes en matière de travail (voir point 3.1.1. Mesures pour un revenu de pension suffisant).

B. Mesures informatives

– Information destinée aux jeunes femmes au sujet de choix de carrière et les conséquences pour la pension: brochure d'information 'Femme et Pension'

Des choix délibérés de carrière qui offrent une bonne solution au cours d'une certaine phase de la vie peuvent avoir des conséquences importantes sur la pension ultérieure. La brochure d'information «Femme et pension» informe les jeunes femmes pendant la première phase de leur carrière au sujet de leur choix de carrière et de leurs conséquences pour la pension.

– Informations sur mesure en matière de pensions

Sur le site web www.toutsurmapension.be, toute personne peut obtenir une simulation fiable du calcul de sa future pension de retraite brute. Dans le cadre d'une autre initiative, toute personne âgée de 55 ans recevra automatiquement à partir de 2006 une estimation de sa future pension de retraite ainsi qu'un aperçu global de carrière. Les personnes âgées de plus de 55 ans peuvent obtenir sur demande un calcul adapté à cet effet. Le but est également de permettre à chacun, d'ici 2010, et quel que soit son régime de pension, d'accéder à une simulation de pension en ligne. Une nouvelle organisation SIGeDIS a été créée à cet effet.

Chapitre 4 :

Les soins de santé et les soins de longue durée

SECTION 4.1. PRINCIPAUX CHALLENGES ET APERÇU DES ÉVOLUTIONS RÉCENTES EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Le système de soins de santé belge repose sur un système d'assurance obligatoire soins de santé qui fait partie intégrante de la sécurité sociale. Ce système a les caractéristiques suivantes :

- couverture universelle;
- bonne accessibilité;
- financement solidaire (cotisations complétées par des interventions de l'État et des taxes affectées);
- rétribution des dispensateurs essentiellement à l'acte (à l'exception de certaines prestations, comme la biologie clinique et la radiologie);
- offre étendue de dispensateurs et d'institutions de soins sans listes d'attente;
- liberté de choix du dispensateur;
- gestion, concertation et accords tarifaires par et avec les partenaires sociaux, les mutualités et les dispensateurs.

En ce qui concerne *les interactions entre le système de soins de santé et les services de soins de longue durée*, divers services formels pour soins de longue durée sont incorporés dans le système existant de soins de santé. En effet, de nombreux risques spécifiques aux soins de longue durée sont assurés via l'assurance obligatoire soins de santé. Afin d'arriver à une coopération et une coordination au niveau local, régional et national débouchant sur une offre de soins (et de services d'aide) intégrée, continue et multidisciplinaire, adaptée aux besoins de la personne concernée, deux types de coordination sont mis en place. Premièrement, il existe une coordination entre les matières fédérales, communautaires et régionales via la «*Conférence interministérielle Santé publique*» par laquelle les différentes entités prennent des engagements dans le domaine des soins aux personnes âgées, des soins à domicile et des soins de santé primaires. Deuxièmement, il existe une coordination entre les services de soins généraux et les services de soins de longue durée, par exemple via les services intégrés de soins à domicile, permettant d'utiliser au mieux la complémentarité des différents dispensateurs de soins et services d'assistance.

Les grands axes de la politique belge, pour les 2 à 3 prochaines années, en matière de soins de santé peuvent être résumés de la façon suivante :

- Bien que, les années passées, des efforts ont été fournis pour alléger les charges financières pour les patients afin de diminuer les inégalités sociales et de favoriser l'accessibilité des soins, des mesures complémentaires restent nécessaires. Concrètement, le champ d'application du mécanisme du «maximum à facturer» sera élargi. Un meilleur remboursement pour les implants sera également établi. La législation sur les 'suppléments' sera modifiée. Enfin, le statut de bénéficiaire à intervention majorée sera élargi. À côté des mesures financières des initiatives seront prises pour réduire les inégalités dans la consommation de soins. Ceci sera le cas notamment pour les soins dentaires.
- En vue d'*augmenter sans cesse la qualité des soins*, les autorités visent à garantir des *prestations orientées vers l'utilisateur* (adaptées à leurs besoins) *centrées sur la continuité des soins*, notamment via une priorité donnée aux soins de première ligne, aux politiques de prévention, à la liberté de choix des patients et à la disponibilité de l'information. Pour les soins de longue durée, une importance particulière est accordée à la coordination pour permettre une offre de soins et de services d'aide intégrée, continue et multidisciplinaire, adaptée aux besoins de la personne. Les années à venir seront e.a. consacrées à développer et implémenter des trajets de soins pour les patients chroniques.
- Un des défis pour les années à venir consiste à assurer le déploiement des ressources humaines, tenant compte du vieillissement de la population. Des efforts seront fournis afin de renforcer la position des dispensateurs travaillant en première ligne et d'assurer suffisamment de prestataires d'aide et de soins ayant un statut attractif. Il sera également nécessaire de développer différentes formes possibles de soins, tenant compte du degré de dépendance des personnes (soins résidentiels, soins de jour, soins de nuit, court séjour). À cette fin, un protocole pluriannuel a été conclu entre les différentes autorités compétentes en 2005.
- *Le rapport coût/efficacité doit être amélioré*. À cette fin, les techniques de «evidence medicine» se développent de plus en plus tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire et visent à augmenter l'efficacité des politiques de santé. Des instruments comme 'Health Technology Assessment' seront davantage utilisés ainsi que la fixation des indicateurs de bonnes pratiques. Parallèlement, en vue d'assurer la consolidation et la pérennité de l'assurance soins de santé, les autorités tentent de maîtriser les coûts (normes de croissance) notamment en «responsabilisant» tous les acteurs en matière de santé.
- Développer les *politiques de promotion de la santé et de modes de vie saine* constitue également une priorité pour toutes les autorités.

SECTION 4.2. LES SOINS DE SANTÉ

4.2.1. Brève description du système de soins de santé

Par opposition à la section 4.3 qui concernent les soins de longue durée¹, les soins de santé visés par cette section couvrent principalement les soins curatifs individuels, ainsi que les politiques de santé y afférentes, et les services collectifs de santé mis en place pour mettre en oeuvre les politiques de prévention et de santé publique.

Le système de soins de santé belge promeut la *liberté de choix* (du prestataire) des malades (tant pour les soins ambulatoires médicaux et paramédicaux que pour les soins hospitaliers) ainsi que l'expertise d'une *médecine libérale*.

Sans rentrer dans les détails, précisons que l'État fédéral est exclusivement compétent en ce qui concerne le «*régime d'assurance soins de santé obligatoire*» qui fait partie intégrante du système de sécurité sociale belge, et, qui, comme on le verra dans la section suivante, couvre quasi la totalité de la population pour une large gamme de soins. Par contre, en matière de santé publique (offre de soins, protection de la santé publique), les responsabilités sont partagées entre l'État fédéral et les Communautés et Régions.

4.2.2. Assurer l'accès aux soins de santé: Universalité, Équité, Solidarité

A) Une assurance publique obligatoire large couvrant quasi la totalité de la population

L'assurance soins de santé publique obligatoire couvre quasi intégralement l'ensemble de la population. Ainsi, en considérant le taux de couverture en soins de santé comme le nombre de personnes assurées pour les soins de santé par rapport à la population totale (enfants compris), on obtient 99%² de taux de couverture pour les «*gros risques*» (principalement hospitalisation) et 94% pour les «*petits risques*» en Belgique. Cette différence résulte de la distinction actuellement opérée entre la couverture du régime des salariés et celle du régime des travailleurs indépendants, qui ne prévoit actuellement que le remboursement des «*gros risques*». Cependant cette distinction va être progressivement supprimée, en effet, *le gouvernement a décidé d'étendre la couverture des petits risques aux indépendants, partiellement à partir du 1er juillet 2006, complètement à partir du 1er janvier 2008*.

Assurer le maintien au sein du système des personnes qui bénéficie de cette protection et favoriser l'entrée dans le système de ceux qui en restent exclus constitue un objectif important pour les autorités belges. Ainsi, afin d'encore améliorer la couverture, le gouvernement a récemment exprimé son intention³ d'accorder également

1. Voir section 4.3.1. pour la définition des soins de longue durée.

2. Source: OCDE (Health Data 2006).

3. Projet de loi-santé 2006, entrée en vigueur prévue au 1^{er} janvier 2007.

la couverture aux mineurs étrangers non accompagnés, fréquentant l'enseignement primaire ou secondaire depuis au moins trois mois ou, pour les plus jeunes, ayant été présentés à une institution de soutien préventif aux familles.

Au total, on peut considérer que cette *couverture* est assez *complète*. Dans la mesure des possibilités budgétaires, les autorités tentent d'ailleurs d'élargir régulièrement cette couverture. Citons par exemple qu'un accord est intervenu fin juin de cette année pour rembourser, pour les enfants de moins de deux ans et sous certaines conditions, le vaccin contre les pneumocoques à partir du 1^{er} janvier 2007.

Rappelons que l'assurance soins de santé ne fournit pas les prestations de santé mais accorde une intervention financière dans le coût des soins. Le montant de cette intervention varie principalement en fonction de la nature de la prestation et du bénéficiaire. Sans entrer dans les détails, notons seulement que la quote-part personnelle ou «*ticket modérateur*» est en principe de 25%, mais peut, selon le type de prestations, être supérieure ou inférieure. Notons déjà qu'en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins, différents mécanismes existent (on y reviendra au point C ci-dessous) pour «alléger» la quote-part personnelle de certains patients, ramenant la participation effective moyenne du patient pour l'ensemble des prestations à 8,43%⁴.

B) Bonne accessibilité générale

Sur base des indicateurs de type «unmet need»⁵, la Belgique obtient des résultats satisfaisant par rapport à la moyenne européenne. Néanmoins, ces indicateurs montrent que, pour certaines prestations telles que les soins dentaires, une amélioration est possible.

C) Mesures pour réduire les «obstacles financiers»

Bien que l'assurance obligatoire soins de santé puisse être qualifiée de relativement large, il n'en reste pas moins que le patient est confronté à des coûts (ticket modérateur, prestations non couvertes, suppléments divers) qui peuvent parfois être importants compte tenu de son budget. Sans oublier que la règle du «remboursement a posteriori» impose au patient d'avancer l'argent avant d'obtenir le remboursement.

Les autorités sont préoccupées par cette problématique et divers mécanismes existent pour «alléger» la quote-part personnelle de certains patients.

- Parmi les mécanismes ciblés sur les groupes identifiés comme les groupes les plus vulnérables en terme d'accessibilité financière, il y a le «*Bénéfice de l'Intervention Majorée*» (BIM) et le «*Maximum à facturer*» (MAF).

Le «BIM» octroie des remboursements plus élevés pour certaines «catégories sociales» de personnes inactives sur le marché du travail (tel que les invalides, pension-

4. Par exemple, la participation effective de l'assuré n'est en moyenne que de 1,39% pour les soins infirmiers mais elle s'élève à 22,88% en moyenne pour les soins de kinésithérapie. (Source INAMI; chiffres pour l'année 2005).

5. Indicateur exprimant le pourcentage de la population, parfois, contraint à postposer, voir à ne pas se permettre, certains soins.

nés, handicapés, ...) dont les revenus annuels n'excèdent pas un certain montant (actuellement de 13.246 Eur, majorés de 2.452 Eur par enfant à charge). Il est à noter que le gouvernement a décidé d'étendre, dès 2007, le bénéfice du BIM à TOUS les ménages dont les revenus se situent en dessous d'un plafond à déterminer.

Le «MAF» fixe un montant maximum (qui varie en fonction du revenu du ménage) de dépenses annuelles par famille en matière de soins de santé remboursables. Le «*maximum à facturer*» constitue en fait l'outil de base de l'action pour l'accessibilité financière des soins de santé grâce à son champ d'action très large (un peu plus de 500 000 ménages belges ont bénéficié de cette mesure en 2005). L'effet du MAF permet un plafonnement des tickets modérateurs qui allège la charge des patients, principalement pour les catégories de revenus les plus bas. Afin d'encore augmenter la portée de ce mécanisme, notons qu'il a été décidé d'étendre les interventions personnelles prises en compte dans le compteur MAF. C'est le cas par exemple des préparations magistrales et des frais liés à la délivrance d'implants.

- Parmi les mesures non ciblées qui visent à alléger la quote-part personnelle des patients, citons, entre autres :
 - La réduction de 30% sur le montant du ticket modérateur en cas de consultation d'un médecin généraliste pour toutes les personnes qui possèdent un «*dossier médical global*» (DMG)
 - Une politique constante de diminution des prix des médicaments qui se caractérise par :
 - Des baisses de prix obligatoires régulières. Ainsi, au 1^{er} juillet 2006, ce n'est pas moins de 1400 médicaments, principalement de vieilles spécialités, qui ont vu baisser leur prix (baisse moyenne de 2% mais largement supérieure dans certains cas);
 - Des remboursements plus favorables pour les médicaments meilleurs marchés sur le marché, c'est ce qu'on appelle le «*remboursement de référence*»;
 - Le remboursement depuis 2006 de plusieurs médicaments réellement innovants malgré leur coût énorme (notamment des médicaments contre le cancer comme l'Herceptine et l'Erbix) grâce à l'augmentation du budget des médicaments;
 - Des campagnes de sensibilisation visant à inciter les prescripteurs à prescrire un pourcentage minimum, sous peine de sanction⁶, de *médicaments génériques* (30% moins chers que les médicaments sous brevets) à partir du 1^{er} avril 2006;
 - Une mise en concurrence des firmes pharmaceutiques, afin d'obtenir le prix le plus bas possible, via un système d'appel d'offres connu sous le nom de «*modèle Kivi*», a été mise en place pour deux molécules dont la part de marché est importante. Ce système sera développé.

En ce qui concerne les difficultés liées au mécanisme du «remboursement a posteriori», il existe diverses mesures qui visent à ce que les dispensateurs de soins puissent

6. Dont la nature doit encore être précisée.

7. Obligatoire pour l'hospitalisation, la biologie clinique et les médicaments.

appliquer le «principe du tiers payant»⁷ en faveur des personnes dont la situation économique est précaire. Dans cette logique, un système spécifique de «forfaits»⁸ existe en maison médicale⁹ (soins ambulatoires); 150.000 personnes en bénéficient.

Par ailleurs, notons également que de nombreux CPAS¹⁰ offrent la possibilité d'une «carte médicale»¹¹ pour le remboursement des soins de base. En Région bruxelloise par exemple, les 19 CPAS des communes bruxelloises se sont mis d'accord pour le remboursement d'une liste de médicaments essentiels. En ce qui concerne toujours la Région bruxelloise, mais également la Région wallonne, il n'est pas inutile de mentionner qu'une situation délicate concerne le cas de l'accessibilité des personnes sans résidence légale aux soins de santé. Ces personnes ont droit à une Aide Médicale d'Urgence mais la procédure pour obtenir ces soins (via une attestation remplie par un dispensateur de soins à présenter au CPAS) n'est pas toujours connue des différents acteurs impliqués et le seuil administratif est relativement élevé, ce qui restreint parfois l'accès à des soins indispensables de santé pour ces personnes. Diverses initiatives pourraient être envisagées pour augmenter la visibilité de la procédure¹².

Enfin, diverses études ont récemment montré une hausse sensible du coût du séjour à l'hôpital à charge du patient. Les autorités se préoccupent de cette situation. Ainsi, un récent projet de loi (projet de loi-santé 2006) prévoit d'interdire aux hôpitaux de réclamer des suppléments d'honoraires et de chambres dans certains cas (enfant accompagné d'un parent, hospitalisation de jour, en urgence ou en soins intensifs...). De plus, afin de garantir une plus grande transparence vis-à-vis du patient et lui faire prendre conscience des conséquences de ses choix, la «déclaration d'admission»¹³ a été introduite.

D) Mesures pour réduire les «obstacles non financiers»

À côté des aspects, purement financiers, d'autres obstacles réduisent l'accessibilité aux soins de santé de tout ou partie de la population.

8. Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, son organisme assureur et la maison médicale, l'O.A. paie directement à la «maison médicale», tous les mois et par personne abonnée en ordre de mutuelle, une somme fixe: le forfait. Le montant du forfait est calculé sur base du coût moyen des remboursements de l'INAMI dans le système de paiement à l'acte; le ticket modérateur éventuel reste toutefois à charge du patient.

9. Les «maisons médicales» sont des associations autogérées qui dispensent des soins de santé primaires. Y travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, des accueillants, des professionnels de la santé mentale.

10. Centres publics d'Action Sociale.

11. Le CPAS peut octroyer à certaines conditions une carte permettant au patient de se faire soigner gratuitement chez un médecin généraliste agréé par le CPAS ou à une consultation médicale dans un hôpital d'un réseau déterminé.

12. Notamment via la mise en place de «Relais santé», au sein des «Relais sociaux» en Région wallonne.

13. Il s'agit d'un document qui explique à quels coûts il faut s'attendre dans le cadre d'une admission à l'hôpital et qui doit obligatoirement être fourni à tout patient, au plus tard au moment de son admission.

Au niveau de la suffisance de l'offre de soins, la Belgique ne connaît pas de phénomène de pénurie, ni celui des listes d'attente.

Cependant, une structure plus approfondie du paysage hospitalier belge se met progressivement en place. Elle vise à favoriser un ajustement de l'offre des soins hospitaliers dans une zone géographique donnée, appelée «bassin de soins», aux besoins de la population. Le but de cette nouvelle structure est de prévoir¹⁴ une offre optimale d'aides et de services en fonction des besoins actuels et futurs de la population de chaque zone. Cette répartition géographique adéquate des sites d'exploitation doit assurer, à terme, l'accès aux soins spécialisés à l'ensemble de la population.

Au niveau de l'adéquation de l'offre de soins, la priorité est donnée aux soins de 1^{ère} ligne. Ainsi, les autorités politiques veulent inciter les dispensateurs de soins à optimiser l'accessibilité des soins de santé primaires (c'est-à-dire les prestataires de 1^{ère} ligne, donc principalement les médecins généralistes) car ceux-ci, par leur position de 1^{er} contact, peuvent davantage tenir compte de la diversité des personnes, et dès lors jouer un rôle important dans la détermination d'un «trajet de soins» adéquat et optimal pour le patient.

De fait, même si le choix libre et responsable du médecin doit rester le fondement, une certaine structuration («Gate keeping») de l'offre de soins est parfois nécessaire. Ainsi, en vue d'encourager le recours préalable au médecin généraliste (MG) avant toute consultation d'un spécialiste, la première consultation référencée chez le spécialiste bénéficiera prochainement (fin 2006) d'un «tarif préférentiel» de remboursement.

Par ailleurs, on constate que la répartition géographique des médecins généralistes est parfois problématique, ce qui génère une couverture en MG insuffisante dans certains quartiers ou sous-régions. En vue de remédier partiellement à cette situation, un «fonds d'impulsion», octroyant des prêts sans intérêts doublés de subsides aux généralistes qui s'installent dans une zone connaissant une pénurie de MG, sera lancé dès septembre 2006.

Notons enfin que cette priorité aux soins de première ligne est également relayée par les Communautés et Régions. Par exemple, un décret flamand de mars 2004 vise à ce que les prestataires de soins fournissent des efforts particuliers pour optimiser l'accessibilité des soins de 1^{ère} ligne, notamment en tenant compte de la «diversité» de la population en lien avec la politique de l'égalité des chances.

4.2.3. Promouvoir la qualité des soins

A) Des soins de qualité pour tous!

Toutes les autorités belges compétentes en matière de santé sont conscientes que la qualité des soins doit bénéficier d'une attention constante. Outre le respect des normes

14. En jouant sur la palette des outils de régulation dont les gouvernements fédéraux, régionaux et communautaires disposent: programmation, normes d'agrément, règles de financement...

d'agrément qui lui sont applicables, les autorités doivent veiller à ce que les institutions de soins dispensent à tout usager des soins justifiés répondant aux exigences d'efficacité, d'efficience, de continuité, d'acceptabilité sociale et d'orientation vers l'usager, sans distinction d'aucune sorte¹⁵. À cette fin, une attention particulière est portée, entre autres, aux soins de première ligne, aux politiques de prévention, à l'implication des patients, à la liberté de choix et la disponibilité de l'information.

Afin d'avoir une structure d'appui à la décision en matière de politiques de soins de santé, le «*Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé*» (KCE)¹⁶ a été créé en vue d'œuvrer à une grande accessibilité des soins de haute qualité en tenant compte de la croissance des besoins et de la limitation des budgets disponibles. Les activités du KCE peuvent être réparties en quatre domaines d'investigation :

- l'analyse des pratiques cliniques et le développement de recommandations de bonne pratique (Good Clinical Practice);
- l'évaluation des technologies médicales (Health Technology Assessment);
- le financement et l'organisation des soins (Health Services Research);
- l'équité et l'étude du comportement des patients.

Il est à remarquer que la prise en compte des «*Good Practice*» est de plus en plus considérée comme contribution indispensable à la réalisation d'une politique de santé efficiente. Ainsi, afin d'arriver à une meilleure qualité des prestations médicales, l'INAMI a organisé des «*campagnes de feedback*» sur différents sujets. Un feedback individuel comporte d'une part des informations scientifiques récentes sur certains thèmes et, d'autre part, des données individuelles concernant les prestations du médecin dans ce domaine. Il ou elle est également comparé(e) à des collègues de son arrondissement et de l'ensemble du pays.

Enfin, sous réserve des compétences réservées aux autorités fédérales, les Communautés sont compétentes pour l'éducation à la santé ainsi que pour les activités et services dans le domaine des «*soins de santé préventifs*». Ces derniers regroupent entre autres les initiatives visant l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population. Pour les *politiques de vaccination*, des vaccins et vaccinations gratuits font partie de la politique de santé actuelle. Les enfants et les jeunes peuvent se faire vacciner gratuitement par l'intermédiaire des services de prévention organisés. Les vaccins contre la polio, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, l'Haemophilus influenza de type B, la rougeole, les oreillons, la rubéole et le méningocoque du sérotype C sont gratuits. En offrant ces mesures préventives gratuitement et de manière non stigmatisante, on obtient de bons résultats en matière de santé dans les groupes vulnérables également, p.ex. les personnes vivant en situation de pauvreté¹⁷.

15. Notons qu'un décret flamand d'octobre 2003 concernant la qualité des soins de santé oblige les prestataires à fournir leurs prestations sans aucune distinction (âge, sexe, conviction idéologique, philosophique ou religieuse, race, situation économique) relative au patient concerné.

16. <http://www.kenniscentrum.be>

17. Néanmoins, attirons l'attention sur le fait que l'accessibilité à certains soins de santé préventifs est plus faible pour les groupes socio-économiques les plus faibles ainsi que pour les personnes faiblement scolarisées.

Concernant les *politiques de dépistage*, un protocole visant une collaboration entre l'État fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie a été conclu. Des campagnes d'information ont par ailleurs été lancées au sujet du programme de dépistage de ce cancer. Un examen mammographique préventif est offert tous les deux ans calendrier aux femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas déjà été traitées pour un cancer du sein et ne subissant pas régulièrement un examen de contrôle.

B) La qualité des traitements :

B1. Plusieurs initiatives de «good evidence medicine»

Les pratiques propres au milieu hospitalier :

La prise en compte des «*Good evidence medicine*» est de plus en plus considérée comme contribution indispensable à la réalisation d'une politique de santé efficiente. En milieu hospitalier, les pratiques suivantes ont vu le jour en Belgique :

- Les «*itinéraires cliniques*» (IC) sont un ensemble de méthodes et de moyens permettant d'harmoniser les interventions des membres de l'équipe multidisciplinaire et interprofessionnelle et conclure des accords sur les tâches pour une «*population spécifique de patients*». L'organisation des soins entre les établissements (systèmes de renvoi) et la coopération entre les soins primaires et les échelons supérieurs peut être optimisée grâce au IC.
- La «*gestion du risque clinique*» comporte une série de concepts, méthodes et techniques pour éviter autant que possible les résultats indésirables ou négatifs du processus de soins. L'autorité fédérale soutient 2 projets de recherche. Le premier concerne les erreurs de médication; 17 hôpitaux y participent. Le second projet de recherche vise à examiner la faisabilité de l'extraction d'un ensemble d'indicateurs de sécurité à partir de banques de données administratives existantes.
- Un «*comité médico-pharmaceutique*» (CMP) multidisciplinaire est prévu dans chaque hôpital par la législation relative aux hôpitaux afin de garantir une utilisation efficace et rationnelle des médicaments dans l'établissement.
- Depuis 1999, des «*collèges de médecins*» ont été créés dans divers domaines. Les collèges ont une double mission : expliciter la qualité, principalement à l'égard des praticiens professionnels, et promouvoir l'échange bilatéral d'informations sur la pratique médicale entre les autorités et les prestataires. Concrètement, leurs tâches consistent, entre autres, à fixer, en consensus, des indicateurs de la qualité et des critères d'évaluation en matière de bonne pratique médicale, à réaliser d'éventuelles visites, à contrôler les données enregistrées, à rédiger des rapports, à réaliser des feedback pour les hôpitaux et les médecins concernés...

Les pratiques non propres au milieu hospitalier :

La notion '*soins sur mesure*' s'est développée pour des affections telles que la mucoviscidose, les maladies neuromusculaires, l'infirmité cérébrale, le spina bifida, les affections monogéniques héréditaires, ... Le concept fonctionne par un système de

contrats avec des «centres de référence» qui s'engagent à une prise en charge globale et longitudinale de ces patients, en fonction de leurs besoins qui peuvent varier selon le stade de la maladie (p.ex. le diagnostic, le stade de dépendance, le stade palliatif) et selon la gravité et la complexité de l'atteinte.

Parallèlement, un système de «*remboursement conditionnel*» a été instauré pour un certain nombre de prestations excessivement coûteuses, mais dont le remboursement est réservé aux indications «Evidence Based Medicine». S'agissant de prestations hautement spécialisées (comme par exemple les défibrillateurs cardiaques implantables) les super-spécialistes concernés sont associés aux décisions de prise en charge, dans un but de 'peer review' mais aussi de contrôle/responsabilisation sociale.

B2. Traitements de qualité via une rationalisation optimale de l'utilisation des ressources

La politique de «*programmation*» détermine, au niveau fédéral, combien d'hôpitaux, de services hospitaliers, de sections, fonctions et lits sont nécessaires. Si ce calcul se fait en fonction des besoins de la population, et des perspectives futures¹⁸, il tient également compte de la répartition géographique et tente de se faire dans les conditions d'une gestion saine, nécessitant une certaine rationalisation dans l'utilisation des ressources. Ainsi, comme indiqué au point D de la section 4.2.2., la structure en «*bassin de soins*», vise une répartition géographique optimale d'aides et de services pour chaque zone.

La même logique est de mise pour la planification des technologies (Pet Scan par exemple).

C) La qualité des prestataires

- La manière traditionnelle pour arriver à des soins¹⁹ de qualité est d'imposer des «*normes de reconnaissance*»

Pour être reconnu, une institution de soins doit satisfaire à des normes de reconnaissance, appelée «*Agrément*», portant entre autres sur :

- l'organisation générale (niveau d'activité minimal, capacité minimale exigée en lits, les types de programmes de soins...);
- l'organisation et le fonctionnement de tous les types de services (exigences en matière d'équipement technique, personnel médical, paramédical et infirmier...).

Au fil des ans, la reconnaissance des institutions a connu une évolution. Ainsi, dans un souci de protection de la santé publique, à côté d'exigences structurelles, les normes comportent de plus en plus de conditions orientées vers le patient.

18. À l'aide de règles mathématiques et de formules basées sur des chiffres de la population, de la pyramide d'âge, de la morbidité...

19. En ce qui concerne les hôpitaux, il en va de même pour chaque service, fonction, département, service médical, service médico-technique et programme de soins créés en leur sein.

De même, le personnel médical et paramédical doit également satisfaire à certaines normes pour pouvoir prêter. Ainsi, une «*accréditation*» est accordée à tout prestataire qui satisfait à des conditions minimums déterminées en matière de formation continue, d'évaluation (par les pairs) et d'activité (nombre de patient minimum). Cette accréditation donne le droit à un «*honoraire*» annuel forfaitaire complémentaire.

- Outre la nécessité d'avoir des normes de reconnaissance adéquates, d'autres critères de qualité des prestataires sont importants :
 - Pour assurer une offre de qualité, les prestataires doivent être suffisamment nombreux. Comme signalé au point D de la section 4.2.2, La Belgique ne connaît pas de véritable phénomène de pénurie des prestataires, ni celui des listes d'attente.
 - Des systèmes d'évaluations par les pairs («*Peer review*») existent dans un souci de motivation réciproque des prestataires. Ainsi, via le concept de «*performance hospitalière*», sur la base de banques de données existantes, un feedback individuel, multidimensionnel et intégré des données administratives des hôpitaux est actuellement élaboré à l'attention des hôpitaux. L'objectif est de permettre à ceux-ci de déterminer leur position dans le paysage hospitalier belge, afin qu'ils puissent définir pour eux-mêmes des objectifs et des actions d'amélioration et gérer la qualité de manière prospective.

D) Le respect des droits du patient

La formulation précise des «*droits du patient*» dans une loi claire et simple constitue un instrument important pour la promotion de la qualité des services de soins de santé, et notamment pour une bonne relation entre le patient et le dispensateur de soins. Selon la loi, le patient a, dans sa relation avec un praticien professionnel plusieurs droits : droit à des prestations de qualité, droit au libre choix du praticien professionnel, droit à toutes les informations qui le concernent, droit à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr, droit à la protection de sa vie privée... etc.

Notons qu'afin de garantir le respect de ces droits en pratique dans les hôpitaux, une fonction de «*médiation*» a récemment été créée pour concilier le patient et les dispensateurs de soins.

Notons également, dans une optique similaire, que la Communauté flamande soutient diverses initiatives qui visent à renforcer la position des patients. Citons, par exemple, le soutien à la «*Vlaams Patiëntenplatform*» (VPP – Plate-forme flamande des patients), une fédération qui représente des associations de patients et des groupes d'entraide en Flandre, qui a pour objectif global l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage, afin de parvenir à des soins «sur mesure» accessibles.

4.2.4. Garantir la viabilité financière de soins accessibles et de qualité

A) Évolution des dépenses: tendance maîtrisée tenant compte du coût du vieillissement

La Commission d'Étude pour le Vieillessement (CEV) estime, dans son dernier rapport de mai 2006, que les dépenses publiques de la santé passeront de 7,1%²⁰ du PIB en 2005 à 10,8% en 2050. Ces projections tiennent compte aussi bien des facteurs démographiques (effet de volume et effet de vieillissement des populations) que des facteurs non-démographiques. Les projections distinguent l'évolution des soins aigus (qui passeraient de 6,2% à 8,6% du PIB de 2005 à 2050) et les dépenses pour les soins de longue durée (qui passeraient de 0,9% à 2,2% du PIB de 2005 à 2050).

Notons que le groupe de travail sur le vieillissement (Working Group on Ageing : WGA) du Comité de politiques économiques de l'Union européenne fait une estimation quelque peu différente puisqu'il s'attend à une progression moins forte des dépenses publiques en Belgique (qui augmenteraient de 7,1% vers 9,5% du PIB de 2005 à 2050).

En vue de faire face à ces dépenses croissantes, la fixation d'une *norme globale de croissance des dépenses*, en ce qui concerne l'assurance soins de santé obligatoire, est en vigueur depuis l'exercice 1995 et a été fixée à 4,5% par an *hors inflation*²¹, pour les années 2004 à 2007 (voir B ci-dessous).

B) Fixation d'une norme de croissance des dépenses publiques de santé

Le principe consiste à fixer, d'année en année, le montant maximum permis des dépenses (remboursement des prestations reprises) de l'assurance soins de santé obligatoire, compte tenu de la norme de croissance fixée (4,5 % par an hors inflation de 2004 à 2007), ce montant est appelé «*Objectif Budgétaire Global*»²². En 2004, un net dépassement de cet objectif budgétaire a été observé. En 2005, un très léger dépassement a encore eu lieu (donc le «trend dépenses» a été infléchi au dessous de 4,5% de croissance réelle). Les premières indications semblent montrer que l'objectif budgétaire global devrait être respecté en 2006.

C'est l'INAMI qui est chargé de l'élaboration annuelle du budget de l'assurance obligatoire soins de santé. Comme les besoins sont différents chaque année et ne sont pas les mêmes pour tous les secteurs, cela entraîne que cet O.B. Global est réparti, subdivisé, chaque année, en «*Objectifs Budgétaires Partiels*» par grandes rubriques médicales et paramédicales.

20. Selon la méthodologie SHA (System of Health Accounts) de l'OCDE, les dépenses totales de santé en Belgique s'élevaient à 9,9% du PIB en 2003 (environ 10,1% en 2004 selon les estimations) dont +ou- 70% de dépenses publiques et 30% de dépenses privées.

21. Notons que cette norme ne concerne que les dépenses de soins de santé remboursées par l'assurance maladie. Ne font donc pas partie de ce montant, les tickets modérateurs à charge des assurés, les prestations (ou matériel ou médicaments) non reprises dans la liste (la nomenclature) des soins remboursés... etc.

22. Cela sous-entend que le financement des dépenses ainsi «contenues» est possible. Cependant, comme cette norme maximale permise pour la croissance des dépenses est supérieure à la croissance du PNB, cela peut entraîner des problèmes de financement à moyen terme...

Pour effectuer cette répartition, les organes responsables se basent sur plusieurs éléments : la description et l'estimation financière du coût des «besoins nouveaux» (liste de prestations non encore couvertes (ou insuffisamment) par l'assurance maladie); les calculs techniques effectués par les services de l'INAMI donnant le montant estimé des dépenses futures; les possibilités d'économie sur les prestations existantes (suppression de prestations obsolètes, diminution d'honoraires, modulation des tickets modérateurs, modification des règles d'accès et de remboursement des prestations... etc.).

C) Monitoring des dépenses publiques de santé

Une fois ces O.B. Partiels fixés (au cours du deuxième semestre de l'année précédente), une «*procédure de Suivi*» est mise en place afin de vérifier la réalisation de ces objectifs et donc en vue d'assurer le respect de la norme. Ainsi, au cours de l'année considérée, les dépenses de l'assurance soins de santé sont analysées régulièrement. Le but premier de cette analyse est de pouvoir détecter le plus rapidement possible un (risque de) dépassement de l'objectif budgétaire partiel fixé (pour chaque O.B. partiel) et de prendre le plus rapidement possible les mesures adéquates, permettant le respect des budgets. Pendant l'année considérée, sur base mensuelle (avec un décalage de trois mois), l'INAMI reçoit des O.A., les dépenses²³ de l'assurance soins de santé. Sur cette base, chaque trimestre, une analyse détaillée est effectuée et communiquée aux différents organes de gestion assurant ainsi un «*audit permanent*» de l'analyse de l'évolution des dépenses. Si des risques de dépassements de l'objectif budgétaire sont mis en évidence, des corrections sont demandées, et mises en œuvre.

D) Outils de maîtrise de la norme de croissance des dépenses publiques de santé

À côté des indispensables mesures correctrices citées en C, l'état met en place diverses politiques visant à maîtriser le coût (volume et prix) des prestations. Les principales sont énumérées ci-dessous :

1°) Les politiques visant à responsabiliser les acteurs

Plusieurs dispositifs de l'assurance obligatoire soins de santé incitent tous les acteurs à faire preuve de «mesure» en matière de dépenses de santé. Citons par exemple :

- Le ticket modérateur et le remboursement a posteriori responsabilisent les patients;
- La «forfaitarisation» de certaines prestations principalement hospitalières responsabilise les prestataires. En effet, comme la règle de principe de la «prestation par acte» amène parfois à une certaine surconsommation, il est désormais prévu, dans certains domaines, que l'on passe partiellement à «la forfaitarisation» (pour la biologie clinique, l'imagerie médicale...) afin de mieux maîtriser les dépenses;
- Le mécanisme de «l'audit permanent des dépenses» responsabilise les prestataires et les gestionnaires;

23. Il s'agit des dépenses «comptabilisées» (par opposition aux notions de «prestées» ou «payées»).

– Les O.A. sont également responsabilisés via la répartition du budget de l'INAMI entre les caisses (c'est-à-dire les mutuelles). En effet, sans rentrer dans les détails, 30% des interventions des mutuelles est remboursé par l'INAMI en calculant, pour chacune des mutuelles, leurs «dépenses théoriques». Ces dépenses théoriques étant fonction des profils de «risques de santé» de leurs assurés.

2°) Rationalisation et Efficacité dans la maîtrise du volume des prestations et prescriptions:

La promotion des soins de 1^{ère} ligne, les campagnes contre l'abus d'antibiotiques, les techniques d'«evidence based medicine», le DMG (Dossier médical global) ... tous ces «incitants», décrits dans les sections précédentes, qui ont comme but premier l'accessibilité ou/et la qualité des soins, sont également des «incitants» à l'efficacité et à la rationalisation dans les prestations qui, s'ils portent leurs fruits, engendreront inévitablement, toutes autres choses égales par ailleurs, une réduction du volume des prestations de soins de santé.

Dans la même optique, on peut espérer que le recours de plus en plus fréquent au mécanisme de la «Forfaitarisation» (voir 1° de cette section) agisse comme un frein à la surconsommation. À ce sujet, il est à noter, qu'à partir du 1^{er} juillet 2006, les médicaments utilisés en milieu hospitalier sont forfaitisés à concurrence de 3/4.

Enfin, notons que le développement constant du réseau de données qu'est la «Banque Carrefour de sécurité sociale» et la généralisation de la carte SIS (ainsi que la progression de la carte européenne) sont autant d'éléments favorables à une bonne efficacité en permettant, notamment, des gains de temps.

3°) Les mesures visant à maîtriser le prix des prestations:

Diverses mesures visent à modérer l'évolution des prix des biens et services de santé. On a vu au point C de la section 4.2.2 que les prix d'une série de médicaments ont considérablement baissé au 1^{er} juillet 2006. La future application du «modèle kiwi», pourrait confirmer cette tendance à la diminution du prix des médicaments dans les mois à venir.

E) Autres politiques de durabilité

En ce qui concerne les politiques de promotion de la santé et de modes de vie saine, les communautés ont chacune leur propre politique.

Le Gouvernement flamand avait déjà officiellement reconnu, en 1998, 5 objectifs de santé (health targets), en conformité totale avec les recommandations de la section européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Au cours de la période 2006-2008, ces objectifs sont systématiquement actualisés²⁴. En 2007, une attention supplémentaire sera accordée à l'élaboration d'un plan concernant la consommation de stimulants (tabac, alcool et drogues). En 2008, l'autorité flamande organisera une conférence de santé au sujet de l'alimentation et de l'exercice physique.

La Communauté française a, elle, élaboré un Plan Communautaire Opérationnel définissant les priorités en matière de promotion et de prévention de la santé: prévention

des cancers, prévention SIDA-IST, santé cardiovasculaire, vaccination, prévention des accidents domestiques ainsi que la prévention des assuétudes. Dans le cadre de la priorité santé cardiovasculaire, un «Plan des attitudes saines» a été adopté en 2005 sensibilisant les enfants et adolescents, via une campagne d'information, à changer leurs habitudes en mangeant mieux et en bougeant plus!

Par ailleurs, rappelons qu'une loi fédérale interdit à tout travailleur de fumer dans tous les espaces où il est occupé dans le cadre de son travail depuis le 1^{er} janvier 2006.

Enfin, notons qu'en vue de promouvoir l'utilisation responsable des antibiotiques, et notamment pour combattre l'augmentation de la résistance microbienne à ces médicaments, des campagnes de sensibilisation²⁵ sont organisées dans le but de réduire la surconsommation actuelle d'antibiotiques en Belgique.

F) Financement complémentaire (ou privé) des dépenses de santé

L'assurance soins de santé obligatoire publique est une des branches de la sécurité sociale, financée par la gestion globale de la sécurité sociale. Cette organisation n'est pas mise en cause, tous les efforts portent sur sa consolidation et sa pérennité.

Toutefois, certaines prestations ne sont pas couvertes, ou ne sont que partiellement couvertes, par l'assurance obligatoire. Pour accroître leur couverture, les personnes peuvent décider de s'affilier à une «assurance complémentaire» soins de santé. Cette assurance complémentaire peut être offerte soit par l'organisme assureur (elles sont alors gérées dans un esprit mutualiste, de solidarité, sans esprit lucratif) auprès duquel la personne est obligatoirement affiliée, soit par des assurances privées.

Notons également que certains employeurs prévoient une couverture en «assurance complémentaire de groupe» pour ses travailleurs.

Il semble que le recours à des assurances complémentaire se soit accru au cours des dernières années²⁶.

24. Les objectifs sont les suivants: la diminution du nombre de fumeurs de 10%, spécifiquement parmi les jeunes; la réduction d'une alimentation riche en graisses au profit d'une alimentation pauvre en graisses et riche en fibres; l'examen plus efficace en ce qui concerne le cancer du sein (au moyen d'une mammographie auprès des femmes de 50 à 69 ans); la diminution (de 20%) du nombre d'accidents mortels de la vie privée et de la circulation; une meilleure prévention en matière de maladies infectieuses (notamment par un taux de vaccination accru pour les affections telles que la polio, la coqueluche, le tétanos, la diphtérie, la rougeole, les oreillons et la rubéole, l'objectif étant d'arriver au moins au pourcentage de vaccination de 95%, recommandé par l'OMS. Cet objectif est largement atteint depuis 2005. La prévention en matière de suicide et de dépression constitue actuellement le 6^e objectif de santé.

25. Notamment via la création d'un comité appelé BAPCOP (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee).

26. Le nombre de personnes couvertes par une assurance soins de santé privée a augmenté de respectivement 18% et 21% de 2000 à 2004 pour les contrats individuels (passant de 959.000 à 1.136.000) et pour les contrats collectifs (passant de 2.849.000 à 3.459.000). Les montants remboursés par une assurance soins de santé privée ont connu des évolutions plus marquantes encore de 2000 à 2004 passant de 77.576.000 à 141.570.000 pour les contrats individuels (augmentation de 82,5%) et de 180.667.000 à 314.993.000 pour les contrats collectifs (+ 74,3%). (Source: Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances).

SECTION 4.3. LES SOINS DE LONGUE DURÉE

4.3.1. Brève description du système de soins de long-terme

Définir les «soins de long-terme» (ou «soins de longue durée») n'est pas une chose évidente. Ceux-ci ne se limitent pas aux soins aux personnes âgées. Nous avons choisi d'intégrer également dans cette catégorie, l'ensemble des soins de révalidation, de santé mentale, les maladies chroniques et les soins palliatifs. Par ailleurs, nous mentionnerons aussi certains services d'aides qui ne prestent pas réellement des soins de santé mais qui rendent des services complémentaires indispensables aux soins de santé de long-terme. Ces services servent le plus souvent de soutien aux «soins informels» prestés par les familles.

Pour les soins de longue durée, et particulièrement les soins aux personnes âgées, les Communautés et Régions disposent de nombreuses compétences. En conséquence, la panoplie des services offerts varie entre les régions, communautés. Notons que ces différences pourraient s'intensifier dans le futur, en particulier en ce qui concerne la politique des «seniors», vu que les différentes régions présentent des pyramides des âges différentes et donc que le vieillissement n'est, et ne sera, pas ressenti partout au même moment ni dans la même mesure.

Au niveau de l'organisation, dans chacune des Communautés/Régions, les soins de longue durée peuvent être prestés, selon le cas, soit en milieu hospitalier dans des services spécialisés, soit dans des institutions spécialisées ou encore prendre la forme de soins à domicile. Comme on le verra dans les différentes sections de cette partie, des collaborations sont développées entre ces différents prestataires mettant l'accent sur une approche multidisciplinaire et intégrée des soins de longue durée.

Enfin, en vue de coordonner au mieux les politiques des différents niveaux de pouvoir, des comités spécialisés appelés «*Conférences Interministérielles*» (composées de membres du Gouvernement fédéral et des exécutifs des Communautés et des Régions) ont été créés et visent à la détermination d'objectifs communs autour desquels chaque autorité établit, compte tenu de sa propre diversité, ses politiques autonomes afin de réaliser ces objectifs. Ainsi, il existe un groupe de travail «Politique en matière de soins chroniques», un groupe de travail «*Politique de la Santé à mener à l'égard des personnes âgées*» et un groupe de travail «*Santé mentale*».

4.3.2. Assurer l'accès aux soins de long-terme

A) Une offre de soins aux personnes âgées qui se développe constamment pour répondre à l'évolution des besoins

Le vieillissement de la population, et plus particulièrement du groupe des plus de 80 ans, lequel connaîtra la croissance la plus rapide a des effets considérables sur la demande et les besoins de soins qui impliquent une adaptation constante de la nature et de la qualité des structures de soins offertes.

Pour répondre à ces besoins, il existe différentes possibilités de services destinés spécifiquement aux personnes âgées.

1°) L'accueil résidentiel non hospitalier

En Belgique, l'offre d'«*accueil résidentiel non hospitalier aux personnes âgées*» comporte plusieurs types de structures d'accueil définitif qui se distinguent par leur proposition en services hôteliers et en offre de soins. Aux «*Maisons de repos pour personnes âgées*» (MRPA) formes d'hébergement classique pour personnes de plus de 60 ans, se joignent les «*Maisons de repos et de soins*» (MRS), plus médicalisées, ainsi que, pour les personnes âgées encore autonomes, les «*Résidences-services*», qui proposent des logements individuels associés à des prestations «à la carte».

À côté de ces structures d'accueil définitif, et souvent en leur sein, s'est développée une offre d'accueil ponctuel ou temporaire. Ce sont les «centres de soins (ou d'accueil) de jour/de nuit» et les «centres de court-séjour». Un «centre de soins de jour» est relié à une Maison de Repos. Il offre, durant la journée/nuit des prestations plus «limitées» aux personnes âgées par ailleurs encore suffisamment autonomes pour rester chez elles. Un «centre de court-séjour» offre un accueil semi-résidentiel où les personnes âgées ne peuvent séjourner que pour de courtes périodes, avec un maximum de 60 jours successifs et de 90 jours sur une base annuelle.

La «*programmation*» des besoins en structure d'accueil pour personnes âgées est réalisée en tenant compte du nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et de l'évolution démographique des différentes classes d'âge à partir de 60 ans dans les différentes Communautés et Régions²⁷.

En octobre 2005, le groupe de travail «*Politique de la Santé à mener à l'égard des personnes âgées*» a conclu un Protocole d'accord (le n°3), d'une portée de 6 ans, élaborant une politique cohérente en faveur des personnes âgées et veillant à répondre, de façon coordonnée, en respect des compétences de chacun, aux besoins d'accueil, d'accompagnement et de soins de ce groupe cible. Par ce protocole, la programmation initiale en matière de MRPA et de MRS a été élargie et transformée en programmation de «*formes de soins*» intégrant les formes alternatives ou innovantes de soins et le soutien au maintien à domicile, et ce, via une clé de reconversion par rapport à un équivalent-MRS. Concrètement, chaque entité fédérée dispose d'un budget additionnel (exprimé en équivalents-MRS²⁸) lui permettant d'accroître ses capacités d'accueil, de poursuivre la reconversion de lits MRPA en lits MRS, mais aussi de diversifier l'offre de soins²⁹.

27. Malgré les prix de journée relativement élevés de ces types d'institution (cfr. point B), la Belgique se situe parmi les pays qui connaissent un taux élevé d'institutionnalisation, avec environ 6 à 7 personnes institutionnalisées par 100 personnes de 65 ans ou plus.

28. Ce qui équivaut à un budget additionnel alloué par l'État fédéral aux Communautés et Régions de 174 millions d'EUR pour la période du protocole (2005-2011).

29. Ainsi, le protocole n°3 précise que les équivalents MRS doivent être utilisés à concurrence de 20% pour encourager des projets innovants, c'est-à-dire soit des formes de soins résidentiels programmés, non définitifs (centres de soins de jour, court-séjour, etc.), soit des soins résidentiels programmés de soutien aux soins à domicile, soit un accord de collaboration entre une ou plusieurs de ces structures et des structures résidentielles.

Tout en laissant aux entités fédérées une grande latitude dans l'utilisation des équivalents-MRS, l'Autorité fédérale demande aux Communautés et Régions de tenir compte, dans leur programmation, de la priorité qui doit être donnée au maintien à domicile.

2°) Priorité au maintien à domicile

Les soins à domicile offrent une alternative idéale aux soins résidentiels en étant le cadre par excellence pour organiser des «soins sur mesure».

Dans cette optique, et en vue d'obtenir un meilleur encadrement ainsi qu'une réduction de la charge de travail, des accords sociaux ont été conclus en 2005³⁰ prévoyant la réalisation de 2.613 ETP, dont 70 ETP sont réservés aux soins à domicile, afin de pouvoir développer une offre de soins qui évite ou retarde le placement pour les personnes nécessitant des soins et résidant chez elles, dans le cadre d'une collaboration entre les soins de première ligne et les établissements de soins.

Par ailleurs, à côté des dispositions propres aux soins à domicile, chaque communauté met également à disposition diverses associations subventionnées, telles que : les services pour les soins de la famille («Gezinszorg» en Flandre), les centres de services locaux et régionaux («Lokale en Regionale» dienstcentra en Flandre), les services pour «oppashulp» (en Flandre), les associations pour les utilisateurs de soins informels (en Flandre), les services d'aide logistique aux soins à domicile (en Flandre).

Comme on le voit, la Communauté flamande a clairement affirmé que le développement des soins à domicile constitue une priorité dans sa politique de santé, et ce afin de respecter le souhait des patients qui est de rester le plus longtemps possible dans son domicile³¹. La Région bruxelloise a également fait du développement des soins à domicile une priorité, notamment par la création d'une «plate-forme de concertation pour la santé des personnes âgées à domicile». Quant à la Région wallonne, elle soutient aussi l'aide à domicile, notamment en subsidiant, de 2004 à 2006, une augmentation considérable des heures d'aides familiales pour les personnes dépendantes.

Notons également que la Communauté germanophone a renforcé les ponts entre structures d'accueil, offres trans-murales et structures d'aide à domicile en étendant le concept de «case management»³² à tout le secteur des personnes âgées.

30. Dans le cadre d'une reconversion de l'équivalent de 28.000 lits MRPA en MRS suivant le principe des «équivalents MRS».

31. Notons aussi que, dans la même optique, l'État fédéral désire soutenir les soins et aides apportés par l'entourage des seniors par des congés professionnels ou des interruptions de carrière spécifiques...

32. Une personne âgée est prise en charge dès une première demande (soit pour l'accueil en MR-MRS soit pour l'octroi d'aides à domicile); l'équipe pluridisciplinaire établit avec la personne un plan d'aide et de soins en fonction de ses besoins et tenant compte de l'environnement familial et de l'habitat; en cas de besoin, des liens sont établis avec les structures d'aide sociale. Actuellement sous forme de projet pilote, ce concept a permis d'éviter l'entrée en MR-MRS pour 50% des demandeurs.

3°) L'accueil hospitalier des personnes âgées : promouvoir un continuum de soins

Un programme de soins gériatriques a été élaboré. Le développement de ce programme vise à garantir une approche spécialisée aux patients gériatriques comprenant 5 volets : le service de gériatrie (index G), la consultation de gériatrie, l'hôpital gériatrique de jour, la liaison interne et la liaison externe. Ces nouvelles fonctions de liaison ont pour objectif d'assurer un «*continuum des soins*» aux personnes âgées entre la prise en charge hospitalière et les soins de long terme. Ainsi, la liaison interne aide à la prise en charge des patients à profil gériatrique non admis en gériatrie, et, la liaison externe permet le passage aisé sans discontinuité de l'hôpital vers les maisons de repos et de soins ou vers les coordinations de soins à domicile.

Par ailleurs, une avancée significative concerne l'hôpital gériatrique de jour et permet un programme diagnostique ambulatoire dans le cadre par exemple d'une évaluation globale des problèmes spécifiques au grand âge ou d'un bilan préopératoire. 46 hôpitaux de jour, ont ainsi pu voir le jour, sous forme de projets-pilotes, le 1^{er} janvier 2006.

B) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins aux personnes âgées

1°) Le problème de listes d'attente dans les services d'accueil ponctuel ou temporaire

La programmation des structures d'accueil, sur base des besoins de soins et de l'évolution démographique, adaptée aux différentes Communautés et Régions (cfr. point A), permet d'une manière globale³³ d'éviter les problèmes liés aux manques de place pour les besoins d'institutionnalisation définitive ou de long terme. Par contre, certains manques sont parfois constatés au niveau des structures d'accueil ponctuel ou temporaire permettant la continuité des soins avant le retour à domicile. C'est pourquoi, la création de nouveaux centres d'accueil de jour ou de court séjour est encouragée, par exemple, par des formules visant à rendre plus attractive, point de vue financier, la création de telles institutions qui doivent notamment faire face à d'importants frais fixes.

2°) Les coûts des services aux personnes âgées

Les soins de santé prestés dans le cadre des services aux personnes âgées (accueil résidentiel ou soins à domicile) sont couverts «*forfaitairement*», par l'assurance soins de santé obligatoire, en fonction du degré de dépendance des bénéficiaires³⁴.

Par contre, les frais d'hébergement, dans les structures d'accueil non hospitalières, sous la forme de «*prix de journée*», sont à charge du résident. Le prix, contrôlé par l'état fédéral, est variable selon les institutions en fonction des services offerts.

33. Cependant, dans certaines provinces, il y a quelques manques, surtout pour les demandes «urgentes» d'institutionnalisation, principalement dans les MRS.

34. Cette dépendance est actuellement évaluée via l'échelle de Katz.

De plus, pour les «Centres de jour» et les «Courts séjours», n'oublions pas qu'outre le prix du séjour en institution, la personne âgée doit continuer à couvrir les frais de son domicile³⁵.

En vue d'augmenter la transparence et afin de permettre au résident et à sa famille d'avoir une information suffisante pour pouvoir établir une comparaison fiable de l'offre faite par les différentes institutions, les autorités se sont engagées à prendre les mesures nécessaires pour limiter le plus possible la facturation de frais en plus du prix de journée (tels que les suppléments, les avances en faveur de tiers autorisés...) et surtout éviter les doubles facturations.

3°) Le problème du transport pour les «centres de soins de jour»

Il est également intéressant de signaler que le recours aux «centres de soins de jour», est rendu compliqué pour de nombreuses personnes âgées qui ne peuvent y recourir faute de moyen de transport adapté, d'autant qu'aucun subside spécifique au transport n'est octroyé aux centres de soins de jour et qu'ainsi de nombreux centres de soins de jour doivent facturer ce coût supplémentaire à la personne âgée. Cette inaccessibilité des centres de soins de jour peut accélérer ou provoquer l'institutionnalisation de la personne âgée. Constatant cela, l'autorité fédérale, dans un désir d'optimiser le fonctionnement de ces centres et en accroître le nombre de bénéficiaires, a récemment soumis une proposition de financement aux Communautés et Régions prenant en compte un assistant social et un accompagnateur pour le transport.

C) Une offre de soins de longue durée qui se spécialise

À côté des services spécifiques aux personnes âgées, la prise en compte des autres soins de longue durée se spécialise progressivement, que ce soit à l'intérieur du milieu hospitalier, dans des institutions spécialisées ou au domicile du patient.

En ce qui concerne les «services offerts en milieu hospitalier», il existe des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation, appelé «Service Sp», dans les spécialités suivantes: les traitements cardio-pulmonaires, neurologiques, locomoteurs, psychogériatriques, chroniques et palliatifs. Ces services peuvent, selon les cas, être établis à l'intérieur d'un hôpital général ou disposer de leur propre structure. Notons que pour les services Sp d'au moins 80 lits, comme c'est aussi le cas pour les services de gériatrie, un financement est prévu pour la fonction «référént hospitalier» en vue d'assurer la continuité des soins. Celle-ci prend toutes les mesures nécessaires à la préparation d'un retour à domicile de qualité, et ce dès l'admission à l'hôpital; elle élabore des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital et entre l'hôpital et les structures de première ligne.

35. Rappelons que des aides financières spécifiques aux personnes âgées ou dépendantes à faible revenus, telles que la GRAPA (Garantie de Revenu Aux Personnes Âgées) et l'APA (Allocation d'aides aux Personnes Agées), existent. Elles permettent de garantir à ces personnes âgées un revenu minimal qui, entre autres, peut les aider à recourir aux services résidentiels ou à domicile. De plus, si malgré tout, une personne âgée ne peut faire face au coût d'un hébergement résidentiel indispensable, le CPAS peut, sous certaines conditions, le prendre en charge.

En ce qui concerne les «Services d'aides et de soins à domicile», comme déjà dit au point A, différents mécanismes et structures ont également été mis en place pour venir en aide notamment aux personnes dépendantes, qu'elles soient âgées ou non. Il s'agit, par exemple, de services d'aide à domicile tels que: distribution de repas, nettoyage, aides familiales... etc.

Les soins infirmiers à domicile sont, eux, dispensés soit par des infirmières indépendantes, soit par des infirmières salariées d'un organisme privé ou public.

De même, en matière de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes en fin de vie, même si la mission palliative du milieu hospitalier a également été renforcée (via la fonction hospitalière palliative ou via les Sp palliatifs), une attention particulière est portée aux «Soins palliatifs à domicile» pour lesquels toute une série de mesures ont également été prises, notamment via la mise en place officielle en 1998 d'équipes d'accompagnement multidisciplinaires soutenant les soins palliatifs des patients en phase terminale qui veulent passer la dernière période de leur vie à domicile. L'accessibilité financière des soins palliatifs à domicile a également été facilitée par une série de mesures prises dans le cadre de l'assurance soins de santé (voir, entre autres, le «Forfait soins palliatifs» au 1° du point D ci-dessous)

Au niveau communautaire et régional, de nombreuses initiatives sont prises pour les soins palliatifs. Ainsi, la Région wallonne octroie des subventions destinées à couvrir les frais rencontrés par les associations actives dans le domaine des soins palliatifs pour les dépenses non prises en charge par l'INAMI. Il s'agit de services de première ligne développant des actions expérimentales dans ce domaine telles que les «Plates-formes de soins palliatifs» et la «Fédération wallonne des soins palliatifs». En Flandre, la politique consiste notamment à stimuler les soins palliatifs à domicile en prenant un nombre de mesures à l'appui des soins informels. Un décret concernant les soins de première ligne et la coopération entre les prestataires de soins offre une base pour la reconnaissance de «réseaux palliatifs».

Enfin, en ce qui concerne la «Santé Mentale», précisons qu'outre les services hospitaliers (service psychiatrique de l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique) destinés aux patients nécessitant des traitements actifs, des services ambulatoires appelés «Services de santé mentale» (SSM) se multiplient. Il s'agit de services qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services ou personnes concernées par la santé mentale³⁶, assurent l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes. À côté de cela, il existe également des «Maisons de soins psychiatriques» (MSP), destinées à l'accueil de patients dont l'état est stabilisé et qui nécessitent principalement une aide aux actes de la vie quotidienne, et, des «habitations protégées», c'est-à-dire des services résidentiels qui permettent aux patients nécessitant une aide à la réinsertion sociale de vivre de

36. Certains Services de santé mentale ont développé des initiatives visant à rencontrer un problème de santé mentale spécifique dans les domaines de la toxicomanie, des auteurs d'infractions à caractère sexuel, des personnes âgées, des enfants et des adolescents.

la façon la plus autonome possible moyennant un certain accompagnement. De nombreuses autres initiatives existent en matière de «santé mentale». Elles tentent d'apporter des solutions aux réels problèmes d'accessibilité et d'adéquation qui existent dans ce domaine complexe qu'est la santé mentale. Grâce à ces initiatives, dans le cadre de «projets thérapeutiques»³⁷, les structures existantes (soins de première ligne (dont soins à domicile) mais aussi l'ensemble des services spécifiques à la santé mentale décrits ci-dessus) reçoivent les incitants nécessaires pour collaborer de façon optimale autour de la santé mentale, l'objectif étant de garantir une continuité des soins. (Voir aussi 3° du point D ci-dessous)

D) Le coût et autres problèmes d'accessibilité pour les soins de longue durée

1°) Le coût des soins de longue durée

Plusieurs mécanismes existent pour prendre en compte la situation particulière des patients de longue durée qui font face à des coûts importants.

Tout d'abord, les patients de longue durée, bénéficient de remboursements privilégiés, dans le cadre du «BIM» et du «MàF» au niveau de l'assurance obligatoire soins de santé. (Voir point C de la section 4.2.2)

Ensuite, diverses autres mesures allègent les frais des malades de longue durée, citons :

- Les interventions ou forfaits visant des patients de longue durée en situation particulière. Citons le «forfait pour maladies chroniques», l'«intervention pour le matériel d'incontinence» et «le forfait soins palliatifs». Dans chaque cas, sous certaines conditions, les patients peuvent bénéficier d'une intervention forfaitaire mensuelle ou annuelle en vue d'alléger la charge à laquelle ils sont confrontés;
- L'allocation pour l'aide de tierce personne : la personne qui bénéficie d'une indemnité d'invalidité ayant une ou plusieurs personnes à charge et satisfaisant à certains critères peut prétendre à une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne. Cette allocation s'élève à 5,37 € par jour;
- L'allocation d'intégration : octroyée par l'État fédéral aux personnes handicapées âgées de 21 ans au moins et de 65 ans au plus et pour lesquelles un manque d'autonomie ou une autonomie réduite a été établie. Notons que les personnes de plus de 65 ans souffrant d'une réduction ou d'un manque d'autonomie peuvent demander l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA);
- Une réduction du ticket modérateur de 30% pour les visites à domicile pour les personnes âgées de plus de 75 ans et les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer en raison d'une maladie chronique si le patient a un dossier médical global;

37. Ainsi, une déclaration commune du groupe de travail «Santé mentale» (Cfr section 4.3.1) se traduit, entre autres, par le développement de «projets thérapeutiques» transversaux qui verront le jour fin 2006.

- La «zorgverzekering» de la Communauté flamande; assurance soins instaurée en octobre 2001 en vue de renforcer l'aide aux personnes qui, quel que soit leur âge, sont affectées par une autonomie réduite prolongée et grave. Cette assurance³⁸ vise la prise en charge de frais pour prestations d'aide et de services non médicaux. L'intervention est mensuelle et forfaitaire: 95 € pour les soins de proximité et à domicile; 125 € pour les soins résidentiels.

2°) Le problème de l'adéquation

Même si l'offre se spécialise, il reste des besoins précis non couverts pour certains groupes cibles ou plutôt qui ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique comme cela devrait être idéalement le cas.

Un problème est notamment posé par le fait que la Belgique ne dispose pas, hors hospitalisation, de prises en charges résidentielles spécifiques aux personnes souffrant de pathologie lourde entre la petite enfance et le troisième âge. C'est le cas par exemple en ce qui concerne les soins chroniques chez les personnes souffrant de «lésions cérébrales non congénitales» pour lesquels l'offre de structure de soins adéquate est déficitaire, voire même inexistante, notamment dans le cadre d'une prise en charge de longue durée. Cependant depuis juillet 2004, un circuit de soins adapté pour les patients en état neurovégétatif persistant (ENVP) ou en état paucirelationnel (EPR) a été mis en place³⁹. Ce réseau comprend 4 composantes: l'hôpital général pour la phase aiguë, une hospitalisation de transition dans un centre d'expertise, des soins adaptés de longue durée (institution ou domicile) et une coopération étroite (liaison externe) entre les centres d'expertise et le «long terme». Le même type de démarche est actuellement à l'étude pour la prise en charge des autres maladies chroniques non congénitales du système nerveux.

3°) Les problèmes d'accessibilité et d'adéquation propres à la santé mentale

Force est de constater qu'il existe un écart important entre le nombre de personnes ayant besoin d'une prise en charge, ainsi qu'un traitement, pour leurs troubles mentaux ou psychiatriques et le nombre de personnes qui voient ce besoin satisfait.

Les problèmes d'adéquation sont liés à la complexité des souffrances mentales qui résultent souvent d'origines multiples: médicales, psychologiques, sociales. Dès lors il est important que l'offre des soins de santé mentale soit intégrée, multidisciplinaire et garantisse une grande continuité des soins. À cette fin, l'offre des soins de santé mentale s'articule de plus en plus autour de groupes cibles et selon le principe des réseaux (Principe reconnu par une déclaration commune du groupe de travail «santé mentale»). Pour chaque groupe cible (enfants, adultes et personnes âgées), il convient de définir une offre de soins ou un circuit de soins spécifiques. L'approche en réseau

38. Financée d'une part par une dotation provenant du budget de cette Communauté et, d'autre part, par la perception de cotisations (de 10 à 25 € par an) obligatoire pour les personnes de plus de 25 ans qui habitent dans la Région flamande.

39. Par le groupe de travail «Politique en matière de soins chroniques» (Cfr section 4.3.1).

peut prendre différentes formes, mais dans tous les cas, il s'agit d'une forme organisée d'action collective unissant l'ensemble des prestataires de soins concernés, en vue d'améliorer la coordination, la complémentarité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité de leurs prestations et activités en faveur de l'utilisateur.

Les problèmes d'accessibilité sont évidents en matière de santé mentale. Des inégalités existent. La difficulté est double. D'une part, la pauvreté peut poser des problèmes en matière de santé mentale. D'autre part, des problèmes de santé mentale peuvent également être cause de pauvreté. Par ailleurs, les personnes d'origine étrangère font face à des troubles spécifiques liés aux nombreuses situations de précarités qu'ils rencontrent, principalement dans les grandes villes.

Les «*Services de Santé mentale*» (SSM) peuvent constituer des solutions intéressantes en matière de santé mentale. En effet, en dispensant, par l'intermédiaire de leur équipe pluridisciplinaire, des soins de santé intégrés, ils garantissent une certaine accessibilité géographique, financière, culturelle et psychologique, tout en développant une approche globale par la prise en compte des aspects psycho-médico-sociaux du patient.

Notons encore que des services visant à faciliter l'accès à l'aide en santé mentale pour les personnes exilées se développent, à Bruxelles principalement, mais aussi en Wallonie.

E) Les nécessaires collaborations entre ces divers services de soins de longue durée et de soins aux personnes âgées

Comme le démontre la création de nouvelles fonctions de liaison (interne et externe) en milieu hospitalier (cfr point A 2°), assurer un «continuum des soins» aux patients de longue durée (âgés ou non) est la priorité. Ce «continuum des soins» doit garantir une approche multidisciplinaire et intégrée des soins de longue durée et poursuivre comme objectif, dans la mesure du possible, le retour ou le maintien à domicile du patient. À cette fin, citons, entre autres :

- Le rôle du médecin généraliste (ainsi que du médecin coordinateur en MRS) doit être renforcé et vu comme maillon central indispensable;
- Des «*Services Intégrés de Soins à Domicile*» (SISD)⁴⁰ doivent assurer l'évaluation de l'autonomie du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins, la répartition des tâches entre les dispensateurs de soins et la concertation multidisciplinaire y afférente. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2006, une concertation multidisciplinaire remboursable est possible pour la personne qui séjourne à domicile ou est admise dans une institution où un retour à domicile est planifié permettant par ex. de préparer le retour d'un patient âgé à son domicile après un séjour à l'hôpital.
- Une formation palliative spécifique au sein des maisons de repos a été créée.

40. Le service intégré des soins à domicile (S.I.S.D.) est défini comme l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines.

- Le nouveau programme gériatrique (cfr B 1°) apporte certaines solutions à la fragmentation des soins pour les personnes âgées.

4.3.3. Promouvoir la qualité des soins de long-terme

Comme expliqué à la section 4.3.2., la manière traditionnelle pour arriver à des soins de qualité est d'imposer des «*normes de reconnaissance*». Concrètement, les établissements de soins font l'objet de normes d'agrément fixées par le Service Public Fédéral Santé publique et par les Communautés et Régions; ces dernières effectuent également le contrôle du respect des normes. L'octroi des forfaits aux MRS et aux MRPA, à charge du budget de l'assurance maladie invalidité, est subordonné au respect de ces normes. Le contrôle de qualité repose également sur différentes procédures auxquelles sont soumis les dispensateurs de soins médicaux, paramédicaux et autres (agrément et/ou accréditation).

En raison du vieillissement des travailleurs et à l'augmentation de la demande des services de soins (et d'accueil) de longue durée, principalement aux personnes âgées, on peut craindre une pénurie de prestataires de soins. Dès lors, pour maintenir la qualité, mais aussi dans un souci d'accessibilité, une attention particulière doit être accordée à l'attractivité des professions de santé, notamment en terme de conditions de travail et d'exercice.

Pour porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou pour se prévaloir de la *qualification professionnelle* particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, des critères d'agrément existent. Deux arrêtés ministériels sont actuellement en projet et fixeront ces critères. Ainsi, il est prévu que les praticiens de l'art infirmier doivent suivre 1 formation complémentaire en gériatrie comprenant 150 heures de théorie pour obtenir la qualification professionnelle d'infirmier ayant une expertise en gériatrie. À ces 150 heures de théorie, il faut ajouter 450 heures de pratique pour porter le titre professionnel d'infirmier spécialisé en gériatrie.

Comme pour les soins de santé, au niveau des soins de longue durée, il existe diverses méthodes d'évaluation par les pairs («*Peer review*») qui stimulent la qualité des prestations. Ainsi, un «*collège de médecins pour les services de gériatrie*» a été créé. Comme les autres collèges de médecins, il a diverses missions (Voir section 4.2.3). Parmi celles-ci, mentionnons particulièrement la rédaction d'un rapport annuel national.

Notons également qu'assurer la qualité des soins aux personnes âgées, c'est surtout disposer de services qui répondent aux besoins réels de ces seniors. Il est donc primordial de disposer d'un instrument permettant l'évaluation des besoins en soins et l'élaboration du plan de soins requis. Depuis trois ans, une équipe universitaire effectue des recherches afin de trouver l'instrument le plus adéquat pour la Belgique. Cette étude s'est terminée en décembre 2005 et il ressort des conclusions de celle-ci que le «*RAI/MDS*» est l'outil qui répond le mieux aux critères fixés et offre une réelle plus-value quant au contrôle de la qualité des soins et la stimulation du travail collaboratif autour du patient. Une étude sur les possibilités de généralisation de l'utilisation de l'outil RAI/MDS dans les différents contextes de soins est actuellement en cours.

Dans chaque communauté/région, des initiatives sont prises afin d'augmenter la qualité des soins de longue durée.

Le gouvernement flamand insiste sur la nécessité de «soins sur mesure». Ces soins, grâce à de bonnes structures de coopération, doivent être flexibles et adaptés aux besoins réels des patients.

En Région wallonne, une réflexion est en cours sur un modèle optimal d'intervention des services d'inspection en maisons de repos en vue d'améliorer la qualité de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées, notamment au travers du projet de vie institutionnel.

Enfin, notons qu'en Communauté germanophone, une «démarche de qualité» dans toutes les institutions MR-MRS a abouti à un concept d'accueil et de soins ancrant la MR-MRS comme un lieu de vie où la structure est au service des besoins individuels des personnes âgées. Dans le même ordre d'idées, une «charte de qualité» de soins fut développée, le concept de «médiateur» pour le secteur personnes âgées va être mis en place, et, une «commission éthique» (en tant que soutien des professionnels œuvrant dans le secteur personnes âgées) sera créée fin 2006.

4.3.4. Garantir la viabilité financière de soins de long terme accessibles et de qualité

Étant donné que la plupart des services formels pour soins de longue durée sont incorporés dans le système existant de soins de santé, notamment via l'assurance obligatoire soins de santé, il n'y a pas de politiques, de soutenabilité financière du système, propres aux soins de longue durée. Nous renvoyons donc principalement le lecteur à la section 4.2.4.

Précisons cependant qu'en ce qui concerne les autres services de soins prestés aux malades de longues durées et aux personnes âgées, qui ne rentrent pas dans l'assurance obligatoire, la volonté de l'ensemble des autorités politiques est aussi que ces services soient le moins coûteux possible pour les utilisateurs et la collectivité... tout en atteignant un haut niveau de qualité et en étant le plus accessible possible!

Enfin, comme signalé dans cette section 4.2.4, rappelons que les projections du CEV et du WGA distinguent l'évolution des soins aigus et les dépenses pour les soins de longue durée. En ce qui concerne ces dernières, elles s'élèvent à 0,9 du PIB de 2005 et le CEV s'attend à ce qu'elles atteignent 2,2% du PIB en 2050 alors que le WGA les estime à 1,9% du PIB en 2005.

ANNEXES

Le lecteur trouvera sur le CD joint une version complète du rapport envoyé à la Commission européenne avec diverses annexes non reprises dans cette brochure.

L'Annexe au chapitre I comprend davantage d'informations qui permettent d'éclairer le rapport.

En annexe du chapitre II⁴¹, figurent notamment des analyses de 4 exemples de «Good practice»⁴².

L'annexe au chapitre III reprend quelques indicateurs communs (et données de contexte) concernant les trois objectifs communs du domaine stratégique Pensions.

Enfin, les annexes du chapitre IV comprennent des explications plus détaillées sur le partage des compétences en Belgique en matière de santé (entre l'État fédéral et les communautés et régions) ainsi que sur le régime de l'assurance obligatoire soins de santé; des analyses de 5 exemples de «Good practice»⁴³; toute une série d'informations statistiques (et d'indicateurs) éclairant ce chapitre du rapport.

41. De même, dans un document séparé, est repris l'ensemble des indicateurs du PAN inclusion sociale.

42. Pour l'inclusion sociale, le choix des exemples de «good practice» s'est porté sur les pratiques suivantes:

- Garantir à chacun un logement abordable et de qualité: Une expérience transversale d'insertion de personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale (Accès direct de la rue au logement pour les personnes sans-abri);
- Développer l'activation et la diversité dans l'emploi: le management de la diversité en Région wallonne;
- Lutter contre la pauvreté qui frappe les enfants: l'exemple de la Communauté française;
- Dispositions prises pour une meilleure gouvernance: l'insertion de médiateurs de terrain en matière de pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale, et, le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté;

43. Pour les soins de santé, le choix des exemples de «good practice» s'est porté sur les 5 pratiques suivantes:

- Le «Maximum à Facturer» en tant qu'outil assurant une meilleure accessibilité financière des soins de santé;
- Les politiques de dépistage du cancer du sein visant une détection la plus rapide possible des tumeurs afin d'augmenter l'efficacité des traitements;
- Le projet «Coma» en tant que filière de soins adaptée pour les patients en état neuro-végétatif persistant (ENVP) ou pauci-relationnel (EPR);
- Le protocole interministériel «personnes âgées» n°3 répartissant sur 6 ans le cadre budgétaire et organisationnel des investissements de soins aux personnes âgées dans les différentes communautés et régions;
- Les politiques de vaccination qui par l'immunisation de groupes cibles visent à réduire la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses évitables.