

ANNEXES

Annexe au chapitre I

Introduction Générale

(1.1.Situation sociale)

Annexe 1. Description et évaluation de la situation sociale

Les conditions d'une bonne protection sociale et d'une bonne insertion sociale sont un revenu suffisamment élevé, un emploi qualitativement valable, une formation adéquate, une bonne santé et un bon logement. Un système de protection sociale performant et tenable est nécessaire pour pouvoir garantir ces conditions pour tout le monde.

Dans une première partie, on examine dans quelle mesure les conditions citées sont réalisées aujourd'hui. La deuxième partie se concentre sur les performances et la durabilité du système de protection sociale, c'est-à-dire les règlements et les instruments qui doivent réaliser cette protection sociale et cette insertion sociale.

L'analyse s'effectue en se basant sur les indicateurs généraux communs convenus au niveau européen en ce qui concerne la méthode de coordination ouverte en matière de protection sociale et d'insertion sociale (voir la liste en annexe), complétés, là où c'est nécessaire, par des indicateurs nationaux.

Annexe 1.1. Analyse de la situation sociale

1. Un revenu suffisamment élevé¹

Chacun doit disposer d'un revenu suffisamment élevé pour pouvoir participer pleinement à la vie en société. La politique a pour objectif que des personnes confrontées à un risque social puissent néanmoins maintenir d'une manière suffisante leur niveau de vie antérieur et que la pauvreté soit évitée.

Inégalité générale des revenus

La proportion des revenus **S80/S20** fournit une indication grossière de l'inégalité générale des revenus. En 2004 (revenus de 2003) le revenu total des 20 % les plus riches de la population belge est quatre fois plus élevé que celui des 20 % les plus pauvres. Cette proportion est inférieure à la moyenne de l'UE25 qui est de 4,8. Mesurée au moyen de cet indicateur, l'inégalité des revenus dans l'UE est la plus basse en Slovaquie (3,1) et la plus élevée au Portugal: 7,2.

Risque de pauvreté

Avec un **pourcentage de risque de pauvreté** de 15%, la Belgique se situait environ dans la moyenne de l'UE25 (16%)². Pour la population de 16 ans et plus, ce pourcentage est de 14% (femmes 15%, hommes 13%). Le pourcentage le plus bas cité dans l'UE est celui de la Tchéquie (8 %). La Slovaquie, l'Irlande et le Portugal se partagent le pourcentage le plus élevé (21%). Le **seuil de risque de pauvreté** belge, pour une personne isolée, se situait à 9.325 euro par an ou 777 euro par mois (année/12). Dans une comparaison internationale (exprimé en parités de pouvoir d'achat) ce seuil est relativement élevé (septième dans l'ordre des 25 pays membres de l'UE).

¹ Sauf mention contraire, les chiffres belges relatifs au risque de pauvreté cités ici sont basés sur UE-SILC 2004 (revenus de référence : 2003).

² Mesures basées sur la méthodologie européenne convenue en commun. Le seuil du risque de pauvreté est égal à 60 % du revenu médian équivalent.

Une analyse des chiffres relatifs au risque de pauvreté démontre que certains sous-groupes de la société sont très exposés au risque de se retrouver en état de pauvreté.

La position sur le marché du travail, tant au niveau individuel qu'au niveau des ménages, constitue en cette matière un facteur explicatif important. En Belgique, il existe, sur le plan du risque de pauvreté, également en comparaison avec d'autres pays membres de l'UE, une très grande différence entre ceux qui travaillent (4%), les chômeurs (28%) et les autres inactifs (27%). Le risque de pauvreté très élevé supporté par la population dans les ménages sans travail rémunéré (ménages sans enfants : 30%, avec enfants : 70%) est particulièrement inquiétant.

L'importance d'une bonne formation pour l'obtention d'un bon niveau de vie est mise en évidence par le fait que les personnes disposant au plus d'un diplôme du niveau secondaire inférieur courent un risque de pauvreté trois fois plus grand que celles munies d'un diplôme de l'enseignement supérieur (23% contre 7%).

Les pourcentages de risque de pauvreté des enfants (0-15 ans) et des jeunes adultes (16-24 ans), respectivement de 17% et de 16%, sont très proches de ceux de la population dans l'ensemble ; cependant, un certain nombre de sous-groupes dont les ménages monoparentaux (36%) ou les ménages sans travail rémunéré avec enfants (70%) courent un risque de pauvreté fortement supérieur.

Les aînés (65+) présentent également un risque de pauvreté nettement accru (21%). Il n'y a pas de différences significatives entre les femmes (21%) et les hommes (20%)³.

Un autre groupe à haut risque de pauvreté est constitué par les personnes de nationalité non européenne (pourcentage de risque de pauvreté d'environ. 50%). Ici se situe un défi important sur les plans de la formation et de l'intégration dans le marché du travail.

La situation sur le plan des revenus de nombreux locataires est très précaire. Leur pourcentage de risque de pauvreté est plus que le double de celui des propriétaires (27% contre 11%). L'augmentation considérable des loyers et le coût de l'habitat en général sont particulièrement inquiétants (voir plus loin).

Il existe d'importantes différences entre les pourcentages de risque de pauvreté dans les différentes régions. Le chiffre pour la Région Flamande (11%) se situe nettement au-dessous de celui (18%) pour la Région Wallonne. Malgré l'imprécision de l'évaluation effectuée pour Bruxelles on peut affirmer que la Région de Bruxelles-Capitale est celle dont le pourcentage de risque de pauvreté est le plus élevé (27%). Les différences entre les Régions Flamande et Wallonne se situent surtout au niveau des jeunes : enfants, adolescents, jeunes adultes et personnes d'âge actif de moins de 55 ans.

Quant à l'intensité du risque de pauvreté, telle que mesurée à l'aide de la **césure médiane relative du risque de pauvreté**, la Belgique se situe, avec 23 %, près de la moyenne de l'UE (22 %). La césure médiane relative du risque de pauvreté est la césure entre le revenu médian des personnes confrontées au risque de pauvreté et la limite du risque de pauvreté, exprimé en pourcentage de cette limite. L'intensité médiane du risque de pauvreté est la plus grande pendant l'âge actif (16-64) : 24% et la plus basse à un âge plus avancé : 65+ : 18% et 75+ : 15%. Chez les enfants (0-15) la césure atteint 23%. Pour la population de 16 ans et plus, la césure médiane du risque de pauvreté est un peu plus importante chez les hommes que chez les femmes : 24 contre 21. La césure est comparable dans les trois régions.

³ Lorsque ce texte se réfère à des éléments d'ordre statistique, il y a lieu de tenir compte d'un degré de fiabilité de 95 %.

Il faut noter que la situation en matière de revenus de certains groupes de la population est difficile à évaluer au moyen d'indicateurs quantitatifs. Souvent il s'agit de gens qui se trouvent dans des situations d'extrême pauvreté, comme les SDF et les illégaux. A l'heure actuelle, ces cas ne font pas l'objet de l'ensemble d'indicateurs disponibles. D'ailleurs, ces indicateurs ne concernent le plus souvent que la population dans des ménages privés.

Le niveau de vie des personnes âgées

Dans le cadre de la politique en matière de pensions, il est utile de s'attarder aux revenus des retraités. Les pensions ne doivent pas uniquement prévenir la pauvreté chez les personnes âgées retraitées, elles doivent également permettre à ces personnes de maintenir le niveau de vie dont elles bénéficiaient pendant leur carrière professionnelle.

Comme il a été mentionné plus haut, le **risque de pauvreté des personnes âgées** (65 ans et plus) se situait en 2004 (revenus de 2003) au-dessus de la moyenne de l'ensemble de la population. Comparées au groupe d'âge complémentaire plus jeune (0-64 ans), les personnes âgées courent un risque de pauvreté 1,5 fois plus élevé (21% contre 14%). Le risque de pauvreté des personnes âgées se situe en Belgique au-dessus de la moyenne européenne (18%) ; la Belgique est un des quinze pays membres où les aînés sont relativement plus confrontés au risque de pauvreté que les plus jeunes. Le risque de pauvreté des personnes de 75 ans et plus est, en Belgique, identique à celui du groupe d'âge plus large de 65 ans et plus.

Même si le pourcentage des personnes à risque de pauvreté dans le groupe d'âge plus avancé (65+) est plus grand que dans les groupes d'âge plus jeunes, l'intensité du risque de pauvreté dans ce groupe est plus faible, comme d'ailleurs dans tous les pays membres de l'UE (voir plus haut).

Les personnes âgées courent un risque de pauvreté, tant lorsqu'elles vivent seules (23%) qu'en couple (20 %). Bien qu'on ne puisse déceler des différences significatives entre hommes et femmes au niveau de la population totale, il est clair que les femmes âgées isolées sont plus touchées par le risque de pauvreté que les hommes âgés isolés (24% contre 19%). Dans la population de 75 ans et plus, la différence entre femmes âgées isolées et hommes âgés isolés est encore plus importante (25% contre 16%).

Les différences entre femmes et hommes se confirment lorsqu'on analyse les données administratives relatives aux personnes ayant droit au revenu garanti pour les personnes âgées. Le nombre de femmes recevant cette allocation sociale, basée sur une enquête sur les moyens d'existence, est nettement supérieur au nombre d'hommes. En janvier 2006, il s'agissait de 48.195 femmes contre 21.894 hommes. Plus des deux tiers sont donc des femmes.

Les différences entre femmes et hommes en matière de pensions trouvent leur origine dans des différences de comportement sur le marché de l'emploi. Les femmes sont souvent absentes du marché de l'emploi pendant des périodes plus longues ; elles travaillent plus souvent à temps partiel et perçoivent souvent des salaires plus bas.

Le phénomène que des différences significatives quant au niveau des pensions ne soient pas détectables immédiatement dans les chiffres généraux sur le risque de pauvreté chez les personnes âgées peut s'expliquer par le fait que le risque de pauvreté est évalué sur la base du revenu total du ménage⁴. Combinés à d'autres revenus plus élevés, les bas revenus d'un membre du ménage peuvent contribuer à un niveau de

⁴ Lors de la mesure de la pauvreté, on additionne tous les revenus et les divise le total en parties égales entre les membres du ménage.

vie plus élevé. Il faut rappeler également que les chiffres sur le risque de pauvreté ne concernent que la population des ménages privés. La population âgée vivant dans des institutions, où les femmes sont surreprésentées, n'est pas prise en considération. En 2001, environ 6% de la population de 65 ans et plus étaient domiciliés dans un ménage collectif (8% des femmes et 3% des hommes). Pour le sous-groupe de 75 ans et plus, le pourcentage correspondant s'élevait à 12% (15% des femmes et 6% des hommes).

L'**inégalité des revenus** dans la population de 65 ans et plus, mesurée à l'aide de l'indicateur proportionnel (S80/S20) est plus petite en Belgique que celle de la population des groupes d'âge complémentaires plus jeunes. Pris dans leur ensemble, les 20% les plus riches des personnes âgées disposent d'un revenu 3,4 fois élevé que les 20% les plus pauvres. Dans la population de 0 à 64 ans, ce rapport est de 4,1. Dans le contexte européen, la Belgique, avec ses 3,4 %, occupe une position moyenne. L'inégalité des revenus chez les personnes âgées est la plus élevée au Portugal: 6,5, et la plus petite en Hongrie: 2,5.

Le **rapport médian relatif des revenus**, c'est à dire le rapport entre le revenu médian relatif équivalent de la population de 65 ans et plus et le revenu médian relatif équivalent de la population des groupes d'âge complémentaires plus jeunes (de 0 à 64 ans) atteint en Belgique 76%. Dans une perspective comparative européenne, il s'agit d'un chiffre relativement bas. La moyenne de l'UE25 est de 87 %. Le rapport le plus bas a été noté en Irlande, 62%, le plus élevé en Pologne: 113%. Il n'y a de différence significative entre les hommes et les femmes en Belgique.

2. Un emploi de qualité

Un emploi de qualité et une source de revenus menant à de meilleures conditions de vie, mais il peut également promouvoir la participation sociale et permettre aux gens de réaliser pleinement leur potentiel. Même si le travail réduit sensiblement le risque de pauvreté, le revenu provenant d'un emploi rémunéré n'est pas toujours suffisant pour tirer les gens de la pauvreté. Un degré d'activité suffisant est nécessaire pour garantir la viabilité du système de protection sociale. Pour assurer la disponibilité d'emplois, une surface économique forte est requise. La stratégie belge relative au développement économique et à l'emploi et décrite dans le Plan National Belge de Réformes.

Taux d'activité, d'emploi et de chômage

Dans le cadre du vieillissement de la société (voir plus loin), il importe d'augmenter le taux d'activité. Cet indicateur, qui fournit la quote-part des travailleurs et des chômeurs dans la population de 15 à 64 ans, mesure la participation générale au marché de l'emploi⁵. Le **taux d'activité** belge peut être qualifié de bas dans une perspective comparative européenne : 66,7% en 2005 (femmes: 59,5%, hommes 73,9%), contre une moyenne européenne (UE25) de 70,2% (femmes: 62,5%, hommes 77,8%). Pour le groupe d'âge actif (25-54 ans), le taux d'activité est comparable à la moyenne de l'UE25 ; pour les groupes d'âge plus jeunes et plus vieux il est nettement plus bas. Il est question d'une tendance à l'augmentation du taux d'activité de 60,6% en 1992 à 66,7% en 2005.

Le développement du taux d'activité dépend principalement de la croissance économique. Après une **croissance réelle du PIB** stable et substantielle à la fin des années 1990, la Belgique a connu un important ralentissement de la croissance au début des années 2000. Ce n'est qu'en 2004 qu'on a enregistré une croissance

⁵ Idéalement, il faudrait, dans un cadre d'activation plus large, développer un indicateur prenant en compte es activités sociales utiles mais non rémunérées (p.ex. le volontariat de soins)..

marquée (2,6 %). Après une nouvelle période de faible croissance au second semestre de 2004 et au premier semestre de 2005, l'activité économique devrait, comme dans la plupart des pays européens, redémarrer pour atteindre des chiffres de croissance supérieurs à 2 % en 2006. La Commission européenne s'attend à un taux de croissance réel de 2,3 % pour 2006 et de 2,1 % pour 2007.

Parallèlement à l'affaiblissement de l'activité économique, le volume total de la population active a légèrement diminué en 2002 (-0,2%) et en 2003 (-0,1%), mais il s'est à nouveau accru en 2004 (+0,6%) et en 2005 (+0,9%). Le **taux d'emploi** belge se montait en 2005 à 61,1% (femmes: 53,8 %, hommes 68,3%) et se situe ainsi à un niveau inférieur à la moyenne de l'UE25 qui est de 63,8% (femmes: 56,3 %, hommes 71,3%). Comme pour le taux d'activité, les différences par rapport à la moyenne européenne ne se situent pas dans la population de 25 à 54 ans où le taux d'activité, avec 78,3%, dépasse même la moyenne européenne (77,2%), mais plutôt chez les plus jeunes (15 à 24 ans) et les plus âgés (55 à 64 ans). Avec un taux de 27,5 %, le taux d'activité des jeunes se situe nettement au-dessous de la moyenne européenne de 36,8%. Celui des plus âgés (55 à 64 ans) reste comparativement bas à 31,8% (moyenne UE 25 : 42,5%). Sur une plus longue période, il est néanmoins question d'une tendance nette à la hausse. En 1992, le taux d'activité se situait encore à 56,3%. Il y a donc une progression de 5 points de pourcentage (ppt). L'augmentation du taux d'activité se situe principalement chez les femmes de 25 à 54 ans (+ 12 ppt de : de 58,1% en 1992 à 70,4% en 2005), et pour les deux sexes dans le groupe d'âge de 55 à 65 ans : de 22,2% en 1992 à 31,8% en 2005 (femmes: + 11 ppt en hommes + 8 ppt).

Il faudra encore de grands efforts pour atteindre les objectifs européens proposés quant au taux d'activité (70% pour le taux d'activité pour les deux sexes, 60 % pour celui de femmes et 50 % pour les travailleurs âgés). La stratégie à ce propos est exposée dans le Programme national belge de réforme⁶.

Il y a lieu de tenir compte du fait que la participation croissante des femmes au marché de l'emploi comporte des conséquences quant aux soins informels dans les ménages. Il y a une demande de soins formels pour les enfants, les personnes handicapées ou souffrant de problèmes de santé de longue durée ou des personnes âgées nécessitant beaucoup de soins..

Les résultats de l'Enquête sur les forces du travail démontrent que le **travail à temps partiel** est en augmentation en Belgique. En 1995, 15,4% des salariés travaillaient à temps partiel. En 2005 il s'agissait de 24,1%. Le travail à temps partiel est très inégalement partagé entre hommes et femmes. En 2005, 43,5% des femmes travaillaient à temps partiel, contre 8,1 % des hommes.

Le **taux de chômage** belge a connu en 2001, avec 6,6%, un minimum provisoire pour s'accroître ensuite jusqu'à 8,4% en 2005 (femmes 9,5%, hommes: 7,6%). Le chiffre de l'UE25 s'élève à 8,7 (femmes : 9,8, hommes : 7,9). La Commission européenne s'attend à une baisse vers 8% en 2006 et 7,6% en 2007. L'accroissement sensible du **chômage des jeunes** de 15 à 24 ans est inquiétant : de 16,8% en 2001 à 21,5% en 2005. L'augmentation était la plus importante chez les hommes : de 14,5% en 2001 à 21% en 2005. Chez les femmes on a constaté une augmentation de 19,5% à 22,1%. Des chiffres récents relatifs au chômage des jeunes indiquent une stabilisation ou un léger recul.

Il est important de constater qu'il existe non seulement de grandes différences sur le point des taux de chômage et d'activité en fonction de l'âge et du sexe, mais

⁶ Dans le cadre du Programme national belge de réforme, on constate que l'accroissement récent du taux d'activité total et de celui des femmes en Belgique se déroule un peu plus vite que la moyenne UE et que l'accroissement du taux d'activité des plus âgés est nettement plus rapide.

également entre d'autres sous groupes de la société. Du point de vue de la protection sociale, le bas taux d'activité et le taux de chômage élevé des allochtones, des personnes à bas niveau de formation et des handicapés sont inquiétants.

Le taux d'activité de personnes ne disposant pas d'une nationalité UE15 se situait en 2004 à 26 ppt au-dessous des citoyens UE15 (20 ppt pour les hommes, 30 ppt pour les femmes). La différence était à peine plus petite qu'au cours de la période 2001-2003, alors qu'elle atteignait environ 28 ppt. En prenant comme critère l'origine ethnique plutôt que la nationalité, la différence serait encore plus importante⁷.

Le taux d'activité de personnes ne disposant tout au plus d'un diplôme de l'enseignement secondaire du degré inférieur se situait en 2004 à 20 ppt au-dessous de celui de la population totale (17 ppt pour les hommes, 23 ppt pour les femmes). Ce chiffre était de 18 ppt en 2002-2003.

En 2002, le taux d'activité des personnes handicapées se situait à 17 ppt au-dessous de celui de la population totale (environ à parts égales pour les hommes et les femmes).

Chômage de longue durée, familles sans travail rémunéré, concentration géographique de l'activité réduite et du chômage élevé

Le manque d'un emploi rémunéré devient d'autant plus problématique lorsqu'il est de longue durée, lorsque personne dans le ménage ne dispose de travail ou lorsque les taux de chômage et d'inactivité présentent une forte concentration géographique.

Le chômage de longue durée (un an et plus) est très problématique du point de vue de l'insertion sociale. Il ne s'agit pas seulement de la perte de revenus pendant une longue période mais également du fait que le chômage de longue durée mène à la perte de connaissances professionnelles et peut ainsi diminuer le respect de soi, alors qu'on en a grand besoin pour retrouver un emploi. En 2005, le degré de chômage de longue durée atteignait 4,4 % en Belgique 5% pour les femmes et 3,8% pour les hommes. En cette année-là, la moyenne de l'UE25 était de 3,9% (4,5% pour les femmes et 3,5% pour les hommes). On parle en Belgique d'une tendance à la hausse, depuis 2002, année pendant laquelle 3,6% de la population active était en chômage de longue durée. Les isolés (8%), les personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement moyen inférieur tout au plus (8%) et surtout les parents seuls (14%) ainsi que ceux qui n'ont pas une nationalité UE25 (20%) présentent un risque de chômage de longue durée fortement accru. Avec 6,2 %, le chômage de longue durée est plus fréquent chez les jeunes de 15 à 24 que dans les groupes d'âge plus avancés de 25 à 49 ans (4,4%) et de 50 à 64 ans (6,2%).

La situation sur le plan des revenus de la population dans les **ménages sans emploi rémunéré** est particulièrement inquiétante. Vivre dans un ménage sans emploi rémunéré peut également avoir des effets néfastes pour les prestations futures des enfants, tant à l'école que sur le marché de l'emploi. Ici se situe un objectif important pour la politique en matière d'emploi. La quote-part de personnes adultes (18 à 59 ans) vivant dans un ménage sans emploi rémunéré s'élevait en Belgique, en 2005, au plus haut niveau de tous les pays de l'UE à un seul près (14%, 12% pour les hommes et 15% pour les femmes). La moyenne de l'UE25 était de 10%. 13% des enfants (jusqu'à 17 ans) vivaient dans un ménage sans emploi rémunéré (moyenne EU 9,6%). Ce pourcentage reste quasiment stable dans le temps, malgré le taux d'emploi

⁷ La distinction entre populations autochtones et allochtones peut être opérée de différentes façons. Au niveau européen on utilise les critères de la nationalité et du pays natal. L'office du travail flamand (VDAB) utilise le critère de la nationalité combiné avec celui du nom et des déclarations de l'intéressé pour en arriver à une classification sur base ethnique. Le pourcentage de non européens ethniques parmi les demandeurs d'emploi sans travail est en croissance pour la période 1999-2006.

accru des femmes (concentration du travail rémunéré au niveau du ménage). 69% de la population adulte d'âge actif vivait dans un ménage sans enfants (31% d'isolés, 24% vivant en couple et 14% vivant dans un autre type de ménage), 31% vivaient dans un ménage avec enfants (13% dans une famille monoparentale, 13% vivant en couple, 6% vivant dans un autre type de ménage). 56% des enfants de ménages sans emploi rémunéré vivaient dans une famille monoparentale.

La concentration géographique des taux d'activité bas et des taux de chômage élevés pose un problème particulier. Les différences en matière de taux d'activité entre les provinces (niveau NUTS 2) sont mesurées à l'aide de l'**indicateur régional de cohésion** : c'est le coefficient de variation des degrés d'activité⁸. Avec 8,7, cet indicateur a atteint son niveau le plus élevé depuis 1999 (première mesure) en 2004. Il existe des différences plus importantes entre les taux d'activité par province en ce qui concerne les femmes (10,7) qu'en ce qui concerne les hommes (7,2). De même, lorsqu'on compare les chiffres au niveau des régions, on observe d'importantes différences sur le plan des taux d'activité et de chômage.

Risque de pauvreté même pour les personnes exerçant un emploi

Si l'exercice d'un emploi rémunéré constitue le facteur le plus déterminant permettant d'échapper à la pauvreté, le fait de disposer d'un tel emploi n'exclut pas pour autant tout risque de pauvreté. En Belgique, **4% des travailleurs (salariés + indépendants)** ont été confrontés en 2004 à **un risque de pauvreté**. Comparé à celui enregistré dans les autres pays européens, il s'agit là d'un bon score. La moyenne UE-25 était de 9%. Compte tenu de l'ampleur du groupe des travailleurs, cela signifie pourtant que 14% des personnes confrontées à un risque de pauvreté exercent un emploi. En l'occurrence, le risque de pauvreté peut être lié à la durée du travail (travail à temps partiel ou irrégulier), à un bas salaire ou à des charges familiales importantes. A cet égard, les familles monoparentales, les familles nombreuses et les non-ressortissants UE-25 constituent des groupes vulnérables. Les personnes travaillant dans le cadre d'un contrat à durée déterminée et, en particulier, les personnes travaillant à temps partiel sont exposées à un risque de pauvreté accru.

3. Une bonne formation

L'accès au travail, la situation en matière de revenus, la santé, les chances en matière d'intégration sociale et de participation constituent autant de facteurs liés au niveau de formation. Au sein d'une société dans laquelle la formation est de plus en plus déterminante pour la position sur l'échelle sociale, ceux qui n'ont bénéficié que d'une formation de faible niveau se retrouvent souvent exclus. L'attention a déjà été attirée ci-dessus sur le fait qu'un niveau de formation peu élevé est synonyme de faible taux d'emploi et de risque de pauvreté accru. Des forces de travail bien formées sont indispensables à la croissance économique.

La formation initiale, en particulier, revêt une importance capitale. En 2005, le nombre de jeunes en **décrochage scolaire précoce** (jeunes âgés de 18 à 24 ans ne suivant aucune formation et n'ayant pas achevé l'enseignement secondaire) était, en Belgique, de 13% (filles : 11% et garçons : 15%), la moyenne UE25 étant de 15% (filles : 13% et garçons : 17%). Aucune tendance systématique à la baisse - l'objectif fixé étant de ramener ce pourcentage à 10% - ne peut être dégagée à l'horizon 2010. On observe d'importantes différences entre les régions : 11% en Région flamande, 16% en Région wallonne et 19% en Région de Bruxelles-Capitale. L'enquête sur les forces du travail réalisée en 2000 a mis en évidence que les enfants de parents titulaires d'un diplôme ne dépassant pas le niveau secondaire inférieur sont exposés à un risque presque neuf

⁸ Définition: écart standard des taux d'emploi van au niveau NUTS 2 (en Belgique: provinces) divisé par la moyenne nationale pondérée.

fois plus élevé de quitter prématurément l'école que les enfants de parents ayant suivi un enseignement supérieur.

Les **résultats en matière de formation des étudiants âgés de 15 ans** sont mesurés selon une méthode permettant des comparaisons internationale dans le cadre de l'enquête **PISA** de l'OCDE. L'un des indicateurs reflète le pourcentage d'étudiants ayant obtenu le score le moins élevé (niveau 1 ou inférieur sur une échelle comptant cinq niveaux) à un **test de lecture**. L'obtention de ce faible score n'indique pas nécessairement que l'on soit illettré mais implique toutefois que l'on connaît de sérieux problèmes lorsque l'on est confronté à des informations écrites et à tout processus d'apprentissage basé sur l'écrit. Ces étudiants ne pourront vraisemblablement pas utiliser de manière optimale les chances de formation qui leur sont offertes, ce qui hypothèque leur futur parcours de formation ou carrière professionnelle. Avec 17,8%, la Belgique réalise, pour 2003, un meilleur score par rapport à la moyenne européenne (19,8%). En 2000, ce score était de 19,0% (pour une moyenne européenne pondérée de 19,4%). Le chiffre relatif à la Belgique maque des disparités entre les communautés (Communauté flamande : 12,4%, Communauté française : 25,1% et Communauté germanophone : 20,1%) et les moyennes générales des communautés masquent à leur tour une importante disparité des résultats (des scores excellents côtoyant de très mauvais résultats) Les enfants de parents ayant un statut socioprofessionnel élevé (quartile supérieur) réalisent des scores en moyenne beaucoup plus élevés que les enfants de parents ayant un statut socioprofessionnel faible (quartile inférieur). Les disparités des scores varient d'une communauté à l'autre mais est importante pour l'ensemble des communautés. Une étude récente de l'OCDE, basée sur l'étude PISA, met en évidence d'importantes disparités de prestations entre élèves en fonction de leur statut migratoire, les enfants autochtones réalisant des scores nettement meilleurs que les enfants allochtones (de la première et de la deuxième génération).

Compte tenu des développements rapides au sein de la société et de l'économie, la formation continuée, après la formation initiale, revêt une importance de plus en plus grande (**formation tout au long de la vie**). Depuis le début des années 90, on observe en Belgique une nette augmentation de la participation aux formations dans le cadre de l'apprentissage tout au long de la vie. Avec un score de 10 %, la Belgique occupe en 2005 une place légèrement inférieure à la moyenne UE25 (10,8%). Les différences entre hommes et femmes sont négligeables. Comme c'est le cas dans d'autres pays, le taux de participation au processus d'apprentissage tout au long de la vie est plus élevé chez les personnes ayant bénéficié d'une formation élevée que chez ceux n'ayant qu'un faible niveau de formation (En 2004 : 3% des personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, 16% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur). L'âge constitue également un facteur important. Les travailleurs âgés et ayant généralement un faible niveau de formation semblent participer moins à la formation.

4. Une bonne santé

La possibilité de vivre longtemps en bonne santé constitue un élément essentiel du bien-être. La politique de protection sociale doit contribuer à ce que tous les groupes au sein de la société y aient accès sur base aussi égale que possible.

L'**espérance de vie**, c'est à dire l'âge que l'on peut, lors de la naissance, espérer atteindre, est un des indicateurs les plus utilisés pour donner une idée de l'état de santé général d'une population. Elle est déterminée par un grand nombre de facteurs, dont le bien-être en général, l'hygiène de vie et la qualité des soins de santé. Tout comme dans la plupart des autres pays de l'UE, l'espérance de vie en Belgique s'est accrue continuellement dans le courant des décennies écoulées. En 2004, elle atteignait 82,4 pour les femmes et 72,7 pour les hommes (soit une différence de 6,7 ans en faveur des femmes). En comparant les chiffres pour 2003 (femmes 81,7 et

hommes 75,9) avec ceux des autres pays membres de l'UE, il apparaît que l'espérance de vie en Belgique est relativement élevée. Les meilleurs résultats ont été constatés en Suède (femmes: 82,5, hommes: 77,9), les plus mauvais en Lettonie (femmes: 75,9, hommes: 65,7).

Il est important de vérifier quelle partie de l'**espérance de vie** se déroule **en bonne santé**, afin de ne pas se faire uniquement une idée de la longueur, mais également de la qualité de la vie. L'espérance de vie en bonne santé est également importante dans le cadre des stratégies d'« active ageing » (vieillesse active) visant une vie active plus longue pour les aînés. Des personnes âgées en bonne santé peuvent fournir une contribution importante à leur famille, à la communauté dans laquelle elles vivent et à l'économie, soit en continuant une activité dans la vie professionnelle, soit en développant des activités informelles telles que la garde des enfants, des malades, des personnes âgées. Il a été démontré qu'il existe un rapport entre la santé, la croissance économique et le bien-être social.

Récemment, les attentes en matière de santé ont été calculées en se basant sur les données relatives à la mortalité de l'INS et les questions concernant l'état de santé ont été reprises dans l'enquête socio-économique de 2001⁹. L'état de santé a été évalué en se basant sur une question posée au sujet de l'état de santé subjectif général : quel est votre état de santé général ? Les maladies chroniques ont été constatées en se basant sur la question : souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps ?

Pour les femmes, l'espérance de vie était de 81,7 ans à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé de 59,5 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 63,4 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie était de 75,4 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 58 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 59,7 ans. Les femmes disposent donc d'une espérance de vie de 6 ans plus longue que les hommes, mais leurs attentes subjectives en matière de santé ne dépassent celles des hommes que de 1,5 ans et elles peuvent s'attendre à vivre 2,9 ans de plus que les hommes avec une maladie chronique.

A 65 ans, pour les femmes, l'espérance de vie était de 20,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 7 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 10,1 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans était, en 2001, de 16,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 6,6 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 8,6 ans.

On peut se poser la question si l'accroissement de l'espérance de vie au fil du temps ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre d'années passées en mauvaise santé (compression, stabilité ou expansion de la mauvaise santé). Cette question est également importante lorsqu'il s'agit d'établir des projections relatives au coût du vieillissement.

Une évaluation à trois moments (1997, 2001 et 2004), utilisant à chaque fois l'Enquête Santé pour mesurer l'état de santé (subjectif), confirme la théorie de la compression (l'accroissement de l'espérance de vie va de pair avec une compression des années passées avec une maladie chronique)¹⁰. Au cours de la période 1997-2004, l'espérance de vie des hommes s'est accrue de 1,82 ans, alors que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 3,35 ans. Pour les femmes, l'espérance de vie s'est accrue de 1,29 ans, tandis que

⁹ Van Oyen, H. Bossuyt, N.Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S.Lorant, V. Miermans PJ. Composite Health measures in Belgium based on the 2001 census, 32p (unpublished).

¹⁰ Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. Reves 2006. 14 p.

l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 2,47 ans.

Chiffres alternatifs concernant l'espérance de vie en bonne santé, basés sur l'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité'

L'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité' (disability free life expectancy) est disponible pour la période 1995-2003. L'indice est calculé sur base d'une enquête (ECHP) relative aux limitations des activités quotidiennes dues à une maladie ou à un handicap¹¹. Pendant la période sous revue, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue, pour les femmes, de 1,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 2,8 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie s'est accrue, au cours de la même période, de 2,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 4,1 ans. L'accroissement des deux indices est donc plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2003, les femmes pouvaient s'attendre à passer 84,7% de leur vie sans invalidité (contre 82,8 en 1995), les hommes à 88,8% (contre 86,2% en 1995). Dans le contexte européen, la Belgique atteint une bonne cote, que les tendances récentes confirment.

Pendant la même période de référence, l'espérance de vie sans invalidité à 65 ans semble progresser, tant chez les femmes que chez les hommes, d'une manière plus lente que leur espérance de vie (femmes: espérance de vie +0,8, espérance de vie sans invalidité +0,7; hommes : espérance de vie +1,9, espérance de vie sans invalidité +1,3. Ici aussi, il y a progression pour les deux groupes, mais plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Il y a de nettes différences par région : l'espérance de vie et l'espérance-santé à la naissance sont les plus basses en Région Wallonne et les plus élevées en Région Flamande.

Il y a quelques années, on a calculé **l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau d'éducation**. En se basant sur une combinaison de données en provenance de la banque de la mortalité nationale, un suivi durant 5 ans du recensement de 1991, et de l'Enquête Santé de 1997. On a pu en conclure qu'en Belgique les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé (pas de diplôme ou enseignement primaire seulement) ne vivent pas seulement moins longtemps (femmes : 2,8 ans; hommes 5,2 ans), mais vivent également moins longtemps en bonne santé (femmes : 14,5 ans; hommes 15,5 ans) que ceux ayant bénéficié d'une éducation plus avancée (diplômés de l'enseignement supérieur).

Plus le niveau d'instruction est élevé, meilleur est l'accès aux informations en matière de santé et mieux on est préparé pour mettre ces connaissances en pratique. D'autre part, le niveau d'instruction contribue à déterminer la position sur le marché du travail et la satisfaction professionnelle et donc, indirectement, l'état de santé. Il existe également un lien évident entre la position socio-économique et le style de vie.

En comparaison avec les douze autres pays membres de l'UE pour lesquels des données UE-SILC ont été collectées en 2004, le pourcentage des personnes de 16 ans et plus qui déclarent, en Belgique, **avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, d'un examen ou d'un traitement médical mais ne pas l'avoir reçu** reste limité à 1,8%. Ce pourcentage est plus élevé lorsqu'il s'agit d'examen dentaires, où il s'approche des 4%. La Belgique se situe, sur ce point, parmi les meilleurs pays membres. Il n'y a pas de différences marquées entre hommes et femmes. Ce sont le groupe d'âge entre 45 et 54 ans, les isolés et les familles monoparentales qui sont les

¹¹ ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? (2002 et 2003 sont des extrapolations)

plus vulnérables, de même que les chômeurs dont 10 % ont raté des soins médicaux et 23 % des soins dentaires. Quant aux examens et aux soins dentaires, on constate une nette différence en fonction du niveau d'éducation : 30% des personnes ne disposant tout au plus que d'un diplôme de l'enseignement primaire ont dû renoncer à un traitement dentaire, contre un peu plus de 10 % des titulaires d'un diplôme post-secondaire. Parmi les raisons de la non satisfaction des besoins en examens et traitements médicaux, les considérations financières dominent (plus de 60 %). Quant aux soins dentaires, les considérations financières sont également importantes (45%), mais d'autres raisons jouent également un rôle (peur du dentiste, manque de temps...) ¹².

5. Un logement de qualité

Tout le monde n'accède pas avec la même facilité à un logement de qualité à un prix abordable. A cet égard, on a déjà évoqué la position de revenus plus faible des locataires par rapport aux bailleurs (pourcentage de risque de pauvreté dans la population vivant dans un logement loué : 27 %, par rapport à 11 % pour la population occupant un logement dont on est propriétaire). Des études ont mis en évidence **une augmentation importante du coût du logement** au cours des années '90. Ce phénomène touche particulièrement les catégories sociales les plus faibles qui louent un logement sur le marché privé et qui se sont souvent retrouvées dans la situation de consacrer une part très importante du budget familial au logement ¹³. En 2003, 33 % des locataires percevant un revenu inférieur au revenu moyen ont consacré plus d'un tiers du budget du ménage au paiement du loyer. Ce pourcentage est d'un niveau analogue à celui observé lors des enquêtes précédentes (2000 et 2001).

Depuis 1995, le nombre de **logements sociaux** exprimé en pourcentage du nombre total de ménages est resté constant. Ce constat vaut pour les trois régions. En Région flamande, le pourcentage est toutefois légèrement inférieur (5 %) qu'en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale (7 %). Dans les trois régions, les listes d'attente sont très longues.

En ce qui concerne les non ressortissants des 25 Etats membres de l'UE, **la qualité du logement** semble moins bonne dans de nombreux cas. De même, la situation en matière de logement des ménages avec enfants, sans emploi ou exerçant un emploi précaire, semble souvent problématique. Plus que la population dans son ensemble, cette catégorie semble occuper des logements présentant deux ou plusieurs problèmes structurels ou un manque d'espace. Les catégories faibles sur le plan social (familles monoparentales, chômeurs, malades/invalides) semblent, d'une manière générale, habiter davantage dans des logements présentant deux ou plusieurs problèmes structurels. De même, ils sont souvent locataires.

¹² Dans le cadre de l'Enquête Santé belge, l'évaluation des besoins en soins de santé non satisfaits se déroule d'une manière différente que dans le cadre de l'UE-SILC. Ainsi, dans le cas de l'UE-SILC, on interroge des personnes individuelles, alors que lors de l'Enquête Santé c'est la personne de référence qui répond pour le ménage. Dans l'UE-SILC on interroge sur les besoins non satisfaits en matière d'examen ou de traitements médicaux ou dentaires; dans l'Enquête Santé on interroge séparément sur les sortes suivantes de soins de santé : soins médicaux et opérations, soins dentaires, médicaments prescrits, lunettes, soins mentaux (psychologue ou psychiatre p.ex.). Dans ce contexte, un ménage qui a dû reporter sa consommation médicale est donc un ménage qui a dû reporter au moins un de ces cinq types de soins. En se basant sur l'Enquête Santé de 2004, on peut constater que 10 % des ménages ont dû remettre des soins. Dans l'UE-SILC il s'agit de besoins non satisfaits pour des raisons diverses. Dans l'Enquête Santé, on vise uniquement la remise à plus tard ou à jamais pour des motifs financiers.

¹³ En l'absence d'une alternative adéquate, l'indicateur NAPIncl relatif au coût du logement est calculé sur la base de l'enquête concernant le budget du ménage, ce qui, compte tenu de l'ampleur limitée et des déchets importants de ladite enquête, ne constitue pas une situation idéale permettant d'émettre des considérations fiables sur les évolutions ou les catégories à risques.

Les ménages bruxellois sont, bien plus que les ménages des autres régions, confrontés à un problème de manque d'espace (17 % par rapport à 4 % dans les autres régions). Les ménages wallons et bruxellois sont plus nombreux (23 %) à occuper un logement présentant un défaut structurel que les ménages flamands (14 %).

On ne dispose pas en Belgique de chiffres récents sur le nombre de **personnes sans domicile fixe**.

Annexe 1.2. Analyse des performances et de la soutenabilité du système de protection sociale

Impact des allocations sociales sur le risque de pauvreté

Le système de protection sociale joue un rôle important dans la lutte contre le risque de pauvreté. Si l'on calcule **le pourcentage du risque de pauvreté après avoir déduit du revenu tous les transferts sociaux (à l'inclusion des pensions)**, on obtient 42 %. Si l'on déduit tous les transferts sociaux à l'exclusion des pensions, on obtient 28 %. Les transferts sociaux (à l'exclusion des pensions) réduisent le risque de pauvreté de 46 %. Ce pourcentage est supérieur à la moyenne UE25 (qui est de 38 %), sachant que plusieurs autres Etats membres, tels que le Danemark, la Suède et la Finlande, réalisent un meilleur score (plus de 60 %). Les plus mauvais élèves de la classe européenne (moins de 20 %) sont la Grèce, l'Italie et l'Espagne, où les dépenses en matière de pension dominent les dépenses sociales.

Hauteur des allocations

L'octroi aux personnes qui ne trouvent pas d'emploi sur le marché du travail de garanties quant à des allocations suffisamment élevées constitue, compte tenu des restrictions budgétaires, un souci permanent pour les responsables politiques.

En Belgique, une série d'**allocations minimum** se situent en deçà du seuil de pauvreté. En 2003, pour une personne isolée, par rapport au seuil de pauvreté, le revenu d'intégration se situait à 75 %, l'allocation de chômage à 91 %, l'indemnité minimum en cas d'invalidité à 100 % et la pension minimum d'un travailleur du secteur privé ayant accompli une carrière complète à 107 %. Pour une famille monoparentale comptant deux enfants, le revenu d'intégration majoré des allocations familiales se situait à 91 %, pour un couple avec deux enfants à 69 %, pour un couple sans enfants à 67 %, toujours par rapport au seuil de pauvreté. Le salaire minimum net d'une personne isolée se situait à 131 % de ce même seuil. Ces chiffres sont le résultat de calculs effectués à l'échelle nationale. Si l'on se fonde sur la méthodologie OCDEUE, on arrive à peu près aux mêmes chiffres en ce qui concerne le revenu d'intégration des trois types de ménages suivants : les isolés, les familles monoparentales avec deux enfants et les couples avec deux enfants. Pour les familles monoparentales, la Belgique se situe à peu près dans la moyenne des Etats membres de l'UE pour lesquels l'indicateur a été calculé. Pour les deux autres types de ménages (isolés et couples avec deux enfants), la Belgique réalise un score plutôt faible dans une perspective internationale.

Un autre indicateur permet de vérifier dans quelle mesure un pensionné peut conserver son niveau de vie uniquement sur la base de sa pension¹⁴. **Le taux**

¹⁴ Indicateur calculé sur la base de la méthodologie mise au point par le Sous-groupe Indicateurs du Comité européen de protection sociale (simulation standard sur la base de cas-type) voir : Current and Prospective Theoretical Pension Replacement Rates. Report by the Indicators Sub-Group (ISG) of the Social Protection Committee. May 19th 2006.

théorique de remplacement net exprime le revenu de pension net au cours de la première année de l'admission à la retraite par rapport au revenu du travail net au cours de la dernière année avant l'admission à la retraite. Calculé pour un travailleur (masculin) du secteur privé ayant accompli une carrière de 40 ans, ayant perçu en salaire moyen et ayant été admis à la retraite à l'âge de 65 ans (cas-type de base), le taux de remplacement net en 2004 était de 63 % (premier pilier uniquement). Dans une perspective internationale, il s'agit en l'occurrence d'un taux de remplacement assez modeste.

La projection du taux de remplacement théorique net de la pension sur la base de la méthodologie du Sous-groupe Indicateurs du Comité européen de protection sociale montre comment l'instauration d'un second pilier peut contribuer de manière substantielle au maintien à long terme d'un taux de remplacement adéquat, à la condition qu'une cotisation suffisamment élevée soit versée durant une période suffisamment longue. Une cotisation de 4,5 % du salaire net pendant 40 ans peut contribuer, dans le cas-type qui nous occupe, à une augmentation de 10 % du taux de remplacement brut.

Pièges financiers à l'emploi et à l'activité

Les allocations doivent être suffisamment élevées mais, dans le même temps, il convient également de veiller à ce que le différentiel avec les revenus du travail soit toujours suffisamment grand pour que l'acceptation d'un emploi rémunéré soit récompensée sur le plan financier.

Une série d'indicateurs doivent permettre de vérifier dans quelle mesure l'acceptation d'un emploi rémunéré est financièrement avantageuse par rapport au revenu de remplacement (identification des « **pièges financiers** »). Au niveau européen, on analyse cet aspect en rapport avec le taux d'imposition marginal effectif qui indique la proportion du salaire brut qui se dilue dans l'impôt¹⁵ lorsque le bénéficiaire d'un revenu de remplacement accepte un emploi rémunéré¹⁶. Nous nous proposons d'examiner ici brièvement deux indicateurs : le piège à l'emploi et le piège à l'activité¹⁷.

L'indicateur « **piège à l'emploi** » compare le revenu d'une personne qui vient de se retrouver au chômage après avoir travaillé pour un salaire correspondant à deux tiers du salaire moyen d'un ouvrier dans l'industrie avec le revenu d'une personne qui travaille au même niveau salarial. Dans le cas d'un ménage avec deux enfants, les allocations familiales sont également prises en considération. Quatre ménages-types ont été analysés. Dans les quatre cas, le taux d'imposition marginal effectif en Belgique en 2004 était supérieur à 75 %. En d'autres termes, en cas d'acceptation d'un emploi, on conserve moins de 25 % du salaire brut en raison de l'interruption des allocations, des impôts et des cotisations sociales. Avec 88 %, la Belgique réalise le plus mauvais score en ce qui concerne les isolés. En l'occurrence, 88 % des revenus bruts se diluent dans l'impôt, les revenus nets n'augmentant que de 12 %. Seul le Danemark connaît un taux d'imposition marginal effectif plus élevé (89 %). Il convient toutefois de relativiser quelque peu ces chiffres. Lorsque l'on considère non plus le premier, mais les treizième mois de chômage, la Belgique se rapproche, avec 80 %

¹⁵ Il convient de tenir compte de l'interruption ou de la diminution des allocations, des impôts et des cotisations sociales.

¹⁶ En Belgique, il est d'usage de se référer comme indicateur l'augmentation relative du revenu net. Cet indicateur est plus facile à interpréter.

¹⁷ Le piège au salaire brut plus élevé, qui reflète le piège financier auquel risque d'être confronté un travailleur passant d'un emploi faiblement rémunéré à un emploi mieux rémunéré, constitue un troisième type d'indicateur.

environ, de la moyenne européenne, en raison de l'importante dégressivité dans le temps des allocations de chômage belges. Le piège à l'emploi pour une famille monoparentale est de 79 %, pour un ménage avec deux enfants dont un seul des partenaires seulement travaille, de 76 % et pour un ménage avec deux enfants dont les deux partenaires travaillent (situation de départ : un partenaire travaille et l'autre accepte un emploi alors qu'il est chômeur), de 77 %. Pour ces autres ménages-types, le taux d'imposition marginal effectif belge est proche de ou inférieur à la moyenne européenne. Dans la plupart des pays, le piège à l'emploi a diminué au cours de la période 2001-2004. Dans le cas de la Belgique, la différence entre le résultat de l'indicateur au début et à la fin de la période précitée est faible (isolés - 1 ppt ; ménage avec deux enfants dans lequel les deux partenaires travaillent - 2 ppt).

Le **piège à l'activité** compare le revenu d'un bénéficiaire du revenu d'intégration (minimex) avec celui d'une personne qui travaille pour un salaire correspondant aux deux tiers du salaire APW. Le taux d'imposition marginal effectif est, en l'occurrence, moins élevé que dans le cas du piège à l'emploi, le revenu d'intégration étant inférieur à l'allocation de chômage. En Belgique, on n'observe guère de différence pour le ménage du type famille monoparentale (73 % en ce qui concerne le piège à l'activité contre 79 % en ce qui concerne le piège à l'emploi), mais pour les autres types, la différence est importante : isolés : 66 % contre 88 % ; ménage avec deux enfants dont un seul des partenaires travaille : 67 % contre 76 % ; ménage avec deux enfants dont les deux partenaires travaillent : 45 % contre 77 %. Une analyse incluant également dans le calcul les allocations de chômage indique une augmentation relativement importante du taux d'imposition marginal (entre + 6 % et + 14 % en fonction du type de ménage).

Il convient d'interpréter ces indicateurs avec prudence. Les bons scores indiquent en l'occurrence que l'acceptation d'un travail rémunéré est assorti d'une bonne récompense financière, mais les pays qui réalisent les meilleurs scores le font souvent parce que les revenus d'intégration ou les allocations de chômage y sont très faibles. Inutile de préciser que la position en matière de revenus des bénéficiaires de revenus de remplacement qui ne parviennent pas à trouver du travail y est particulièrement problématique. Afin de remédier aux pièges à l'emploi et à l'inactivité, on pourrait faire augmenter les revenus nets du travail en diminuant les impôts et/ou les cotisations sur les bas salaires ou en octroyant des « in work benefits » (allocations versées aux personnes exerçant un emploi à bas salaire).

L'investissement dans le système de protection sociale

La Belgique **investit** de manière substantielle dans son **système de protection sociale**. En 2003, 29,7 % du PIB ont été consacrés à la protection sociale (définition **Esspros**) (**total dépenses brutes**)¹⁸, soit plus de la moyenne européenne (28 %). La part des dépenses pour les différentes fonctions de protection sociale par rapport au PIB était la suivante : pensions de retraite et de survie : 12,6 % ; maladie et soins de santé : 7,6 % ; chômage : 3,5 % ; enfants/ménages : 2,2 % ; incapacité de travail : 1,9 % ; exclusion sociale : 0,5 %.

Une comparaison avec la situation dans les autres Etats membres de l'UE indique que la protection sociale en Belgique n'est basée que dans une faible mesure sur une enquête des moyens d'existence (3 % des dépenses) et qu'un pourcentage relativement faible est constitué d'avantages en nature (à peu près 25 %). Tout comme dans la plupart des autres Etats membres, les dépenses exprimées en

¹⁸ A l'exclusion des frais d'administration et autres dépenses, cela revient à 28,3 % du PIB affectés aux allocations et services. Des études indiquent que les dépenses totales nettes pour la protection sociale en Belgique (compte tenu des impôts directs sur les allocations d'une part, et des avantages fiscaux, d'autre part) sont légèrement inférieures au montant brut. Voir : Adema, W. and Ladaique, M. (2005) 'Net social Protection Expenditure'. Social Employment and Migration Working Paper n° 29, OECD.

pourcentage du PIB ont atteint un pic en 1993 (Belgique : 29,3 %) pour diminuer ensuite jusqu'en 2000 (Belgique : 26,8 %) et remonter ensuite à nouveau. L'augmentation au cours des trois dernières années (de 2000 à 2003) est en Belgique sensiblement plus importante (+ 2,9 % du PIB) que la moyenne européenne (+ 1,1 % PIB). La forte augmentation s'explique surtout par une augmentation importante des dépenses pour la fonction vieillesse et survie (+ 1,5 % PIB) et pour la fonction maladie/soins de santé (+ 1,4 % PIB). La survie (+ 1,5 % PIB) et pour la fonction maladie/soins de santé (+ 1,4 % PIB). Les dépenses en matière de chômage ont augmenté de 0,5 % du PIB. Les dépenses en matière d'aide sociale ont légèrement augmenté (+ 0,1 %), celles concernant les enfants et les familles étant restées stables en termes de pourcentage du PIB.

Le vieillissement et la soutenabilité du système de protection sociale

Tout comme pour les autres Etats membres de l'UE, le vieillissement de la population à la suite de l'augmentation de l'espérance de vie et du faible taux de fécondité constitue en Belgique un défi important. La problématique est suivie de près par le biais de rapports annuels de la Commission d'Etude du vieillissement.

Cette commission se fonde sur une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 81,6 ans en 2000 à 88,9 ans en 2050 pour les femmes et de 75,1 ans à 83,9 ans pour les hommes¹⁹. En ce qui concerne le taux de fécondité, on attend une augmentation de 1,61 à 1,75. Le solde migratoire est considéré comme étant relativement stable et oscillant autour de 17.000 à 18.000 pour la même période.

Le **degré de dépendance des personnes âgées** (population de 65 ans et plus en termes de pourcentage de la population âgée de 15 à 64 ans) augmenterait, selon la Commission d'Etude du Vieillissement, de 26 % en 2004 à 46 % en 2050 (+ 21 points de pourcentage soit + 80 %). En d'autres termes, alors qu'en 2004, 4 personnes environ étaient actives pour une personne âgée de plus de 65 ans, il n'y en aurait plus que 2 en 2050. L'augmentation attendue est légèrement inférieure à la moyenne européenne (+ 27 points de pourcentage). De même, le niveau attendu en 2050 est également inférieur à la moyenne européenne (51 %). La part de la catégorie des personnes âgées de plus de 85 ans dans la catégorie des personnes âgées de plus de 65 ans passerait de 9 % en 2004 à 22 % en 2050.

L'évolution de **la structure des ménages** constitue sans aucun doute également une variable importante. En ce qui concerne la grandeur moyenne des ménages, la Belgique se situe en 2004, avec 2,4 personnes, autour de la moyenne européenne de 2,5. A long terme, il est clairement question d'une tendance au rétrécissement des ménages. En 1981, la grandeur moyenne des ménages était encore de 2,7. La part des isolés en Belgique est, en 2005, inférieure à la moyenne européenne (UE25) : 12,5 % par rapport à 14,6 %. On s'attend à une augmentation plus avant du nombre d'isolés. La part de la population vivant en Belgique dans une famille monoparentale est relativement élevée : 6,6 %.²⁰ Au sein de l'UE25, seule la Grande-Bretagne connaît un pourcentage plus élevé (8,4 %).

On peut s'attendre à ce que la réduction des ménages, également à la suite de l'instabilité accrue des ménages (moins de mariages, plus de divorces), combinée à l'augmentation du taux d'activité et d'emploi en particulier des femmes, entraînera une diminution des possibilités de soins informels au sein des familles et partant, fera augmenter les besoins en équipements de prise en charge pour les enfants, les

¹⁹ Voir à ce sujet : Conseil Supérieur des Finances. Commission d'Etude du Vieillissement. Rapport annuel. Mai 2006. 158 p.

²⁰ Chiffres basés sur l'Enquête relative aux forces du travail 2005.

personnes handicapées et les personnes âgées (soins résidentiels (établissements) et soins à domicile).

Selon le rapport de mai 2006 de la Commission d'Etude du Vieillissement , le **coût budgétaire du vieillissement**, défini comme l'augmentation entre 2005 et 2050 de l'ensemble des dépenses sociales des pouvoirs publics, exprimée en pourcentage du PIB, serait de 5,8 points de pourcentage. Les dépenses en matière de pensions augmenteraient de 3,9 ppt (de 9,1 %), les dépenses pour les soins de santé aigus de 2,4 ppt (de 6,2 %) et les dépenses pour les soins de longue durée de 1,3 ppt (de 0,9 %). On s'attend à une diminution des dépenses en ce qui concerne le chômage (-1,1 ppt, de 2,2 %), les allocations familiales (-0,6 ppt, de 1,6 %), l'incapacité de travail et la prépension (toutes deux de -0,1 ppt, de respectivement 1,2 % et de 0,4 %). Les autres dépenses sociales incluses dans les projections de la Commission du Vieillissement (maladies professionnelles, accidents du travail, revenus d'intégration) resteraient relativement stables par rapport au PIB (1,4 %). Au total, les dépenses sociales (selon le concept de la Commission du Vieillissement qui diffère de celui d'ESSPROS) passeraient de 23,1 % du PIB en 2005 à 28,8 % du PIB en 2050. Les mesures prises dans le cadre du récent Pacte entre les générations, pour autant que leurs effets aient pu être simulés par le Bureau fédéral du Plan (toutes les mesures n'ont pas pu être traduites en chiffres) feraient diminuer légèrement (-0,1 % du PIB) d'ici à 2050 le coût budgétaire du vieillissement.

Différence entre l'estimation (belge) de la Commission du Vieillissement et l'estimation (européenne) du Working Group of Ageing

Sur un certain nombre de points, la projection de la Commission du Vieillissement diffère de celle mise en œuvre dans le cadre du Working Group of Ageing du Comité pour la Politique économique (WGA)²¹. Cette dernière est notamment fondée sur une conception plus restreinte des dépenses sociales (les allocations familiales, accidents du travail, maladies professionnelles ainsi que le revenu d'intégration ne sont pas pris en compte) et ne tient pas non plus compte du Pacte entre les générations, de sorte qu'une comparaison immédiate se révèle impossible. Dans la projection WGA, les dépenses en matière de pensions et de chômages sont plus élevées, les dépenses en matière de soins de santé (soins aigus et soins à long terme) étant inférieures. Ces écarts s'expliquent par des différences en ce qui concerne les hypothèses et la méthodologie²².

Selon l'étude WGA, les coûts totaux du vieillissement augmenteront sensiblement plus vite (de 6,3 ppt) que la moyenne UE25 (+3,4 ppt). Les dépenses publiques en matière de pensions et de soins à long terme augmenteraient de manière plus importante en Belgique : pensions : Belgique : + 5,1 ppt – UE25 : +2,2 ppt ; soins de longue durée : Belgique : + 1 – UE25 : 0,6. A cet égard, il convient de faire observer que la Belgique a consacré en 2004 une part moins importante de son PIB aux pensions que la moyenne au sein de l'Eurozone ou de l'UE25. Par contre, les dépenses en matière de soins aigus augmentent moins en Belgique que la moyenne européenne (1,4 ppt contre 1,6), les dépenses en matière d'enseignement (BE : -0,7 – UE25 : -0,6) et de chômage (B : -0,5 – UE25 : -0,3) diminuant un peu plus.

La stratégie mise en œuvre par la Belgique est essentiellement axée sur le maintien de la possibilité de financer le système de protection sociale par la réduction progressive de la dette publique par rapport au PIB et la constitution d'un Fonds de réserve démographique (le Fonds de Vieillissement) qui doit contribuer, à plus long terme, à supporter les coûts du vieillissement de la population. Ce Fonds pourra être sollicité à partir de 2010 pour contribuer au financement des coûts du vieillissement de la population, à tout le moins sur la dette a été ramenée d'ici là à 60 % du PIB.

Cette stratégie est exposée dans le Programme national belge de réforme. Au cours des dernières années, la dette publique brute a diminué de façon importante. Alors qu'elle était encore de 136 % du PIB en 1994, elle avait été ramenée à 93 % du PIB en 2005 (la moyenne UE25 étant de 63 %). La stratégie de démantèlement de la dette prévoit une diminution à 75,3 % du PIB en 2010 et à 36,1 % d'ici à 2030. D'ici à 2050, la dette devrait à nouveau être passée à 63,5 % (programme scénario)²³.

²¹ The impact of the ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In : European Economy. Special Report n° 1/2006.

²² Pour un aperçu, voir le rapport de la Commission du Vieillissement.

²³ Voir Public Finances in EMU 2006. Long-term sustainability of public finances base done the 2005/06 updates of the stability and convergence programmes. Table I.19. p. 60.

Annexe : List of the commonly agreed overarching indicators²⁴

	Commonly agreed EU indicator (EU) Commonly agreed national indicators (NAT)²⁵	Definition
1a	EU: At-risk-of-poverty rate + Illustrative threshold value <i>In future consider the possibility to add At-persistent risk of poverty rate</i>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below 60% of the national equivalised median income ²⁶ . Value of the at-risk-of-poverty threshold (60% median national equivalised income) in PPS for an illustrative household type (e.g., single person household) Source: SILC
1b	EU: Relative median poverty risk gap	Difference between the median equivalised income of persons aged 0+ below the at-risk-of poverty threshold and the threshold itself, expressed as a percentage of the at-risk-of poverty threshold.
2	EU: S80/S20	Ratio of total income received by the 20% of the country's population with the highest income (top quintile) to that received by the 20% of the country's population with the lowest income (lowest quintile). Income must be understood as equivalised disposable income. Source: SILC
3	NAT: Healthy life expectancy	Number of years that a person at birth, at 45, at 65 is still expected to live in a healthy condition (also called disability- free life expectancy). To be interpreted jointly with life expectancy Source: Eurostat

²⁴ Portfolio of overarching indicators and for the streamlined social inclusion, pensions, and health portfolios. Version adopted at 22 May SPC. June 2006.

²⁵ **Commonly agreed national indicators based on commonly agreed definitions and assumptions** that provide key information to assess the progress of MS in relation to certain objectives, while not allowing for a direct cross-country comparison, and not necessarily having a clear normative interpretation. These indicators/statistics should be interpreted jointly with the relevant background information (exact definition, assumptions, representativeness).

²⁶ **Equivalised median income** is defined as the household's total disposable income divided by its "equivalent size", to take account of the size and composition of the household, and is attributed to each household member (including children). Equivalization is made on the basis of the OECD modified scale.

4	EU: Early school leavers	Share of persons aged 18 to 24 who have only lower secondary education (their highest level of education or training attained is 0, 1 or 2 according to the 1997 International Standard Classification of Education – ISCED 97) and have not received education or training in the four weeks preceding the survey. Source: LFS
5	EU: People living in jobless households	Proportion of people living in jobless households, expressed as a share of all people in the same age group ²⁷ . This indicator should be analysed in the light of context indicator N°8: jobless households by main household types Source: LFS
6	NAT: Projected Total Public Social expenditures	Age-related projections of total public social expenditures (e.g. pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers), current level (% of GDP) and projected change in share of GDP (in percentage points) (2010-20-30-40-50) Specific assumptions agreed in the AWG/EPC. See "The 2005 EPC projections of age-related expenditures (2004-2050) for EU-25: underlying assumptions and projection methodologies" Source: EPC/AWG
7a	EU: Median relative income of elderly people	Median equivalised income of people aged 65+ as a ratio of income of people aged 0-64 Source: EU-SILC
7b	EU: Aggregate replacement ratio	Median individual pensions of 65-74 relative to median individual earnings of 50-59, excluding other social benefits Source: EU-SILC
8	Unmet need for care	<i>Use, definition and breakdowns yet to be agreed upon once data is available for all countries.</i> Source: EU-SILC
9	EU: At-risk-of-poverty rate anchored at a fixed moment in time (2005) <i>Possibly replaced or supplemented in future by material deprivation or</i>	Share of persons aged 0+ with an equivalised disposable income below the at-risk-of-poverty threshold calculated in year 2005 (1st EU-SILC income reference year for all 25 EU countries), up-rated by inflation over the years. Source: SILC

²⁷ Students aged 18-24 years who live in households composed solely of students are not counted in neither numerator nor denominator

	<i>consistent poverty indicators</i>	
10	<u>EU: Employment rate of older workers</u> <i>Possibly replaced or supplemented by "average exit age from the labour market" when quality issues are resolved</i>	Persons in employment in age groups 55 - 59 and 60 - 64 as a proportion of total population in the same age group Source: LFS
11	<u>EU: In-work poverty risk</u>	Individuals who are classified as employed ²⁸ (distinguishing between "wage and salary employment plus self-employment" and "wage and salary employment" only) and who are at risk of poverty. This indicator needs to be analysed according to personal, job and household characteristics. It should also be analysed in comparison with the poverty risk faced by the unemployed and the inactive. Source: SILC
12	<u>EU: Activity rate</u> <i>Possibly replaced or supplemented in future by MWP indicators</i>	Share of employed and unemployed people in total population of working age 15-64 Source: LFS
13	<u>NAT: Regional disparities – coefficient of variation of employment rates</u>	Standard deviation ²⁹ of regional employment rates divided by the weighted national average (age group 15-64 years). (NUTS II) Source: LFS
14	<i>To be decided following ISG work on health indicators</i>	

²⁸ Individuals classified as employed according to the definition of most frequent activity status. The most frequent activity status is defined as the status that individuals declare to have occupied for more than half the number of months in the calendar year.

²⁹ Standard deviation measures how, on average, the situation in regions differs from the national average. As a complement to the indicator a graph showing max/min/average per country is presented.

Possible alternative measures:

Regional disparities – underperforming regions. Source LFS

1. Share of underperforming regions in terms of employment and unemployment (in relation to all regions and to the working age population/labour force) (NUTS II).
2. Differential between average employment/unemployment of the underperforming regions and the national average in relation to the national average of employment/unemployment (NUTS II) Thresholds to be applied: 90% and 150% of the national average rate for employment and unemployment, respectively. (An extra column with the national employment and unemployment rates would be included)

Context information	
	GDP growth
	Employment rate, by sex
	Unemployment rate, by sex, and key age groups
	Long term unemployment rate, by sex and key age groups
	Life expectancy at birth and at 65
	Old age dependency ratio, current and projected
	Distribution of population by household types, including collective households
	Public debt, current and projected, % of GDP
	Social protection expenditure, current, by function, gross and net (ESPROSS)
	Jobless households by main household types (see breakdown of Social Inclusion indicator 1a)
	Making work pay indicators (unemployment trap, inactivity trap (esp. second earner case), low-wage trap.
	Net income of social assistance recipients as a % of the at-risk of poverty threshold for 3 jobless household types .
	At-risk of poverty rate before social transfers (other than pensions), 0-17, 18-64, 65+
	NAT: Change in projected theoretical replacement ratio for base case 2004-2050 accompanied with information on type of pension scheme (DB, DC or NDC), and change in projected public pension expenditure 2004-2050. (These results should systematically be presented collectively in one table).

Annexes au chapitre II

Le Plan d'Action Inclusion Sociale

- 1. Bonnes pratiques**
- 2. Rapport sur la mise en œuvre du PAN Inclusion 2003-2005 et de son actualisation pour 2005-2006**
- 3. Toutes les actions en détail**
- 4. Liste des abréviations utilisées**

PS : Dans un document séparé, le lecteur trouvera une annexe relative aux indicateurs du PAN Inclusion sociale

Annexe Inclusion 1. Les Bonnes pratiques

A.2.1.1. 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

Name of Policy/Project		Member State	
Accès direct de la rue au logement pour personnes sans-abri		Belgique - Région de Bruxelles-capitale	
End Purpose of the Initiative			
Il s'agit de favoriser l'accès et de stabiliser des personnes sans-abri dans un logement. Le logement est considéré non pas comme une fin en soi, mais comme un point de départ, moteur d'un certain épanouissement, de liens sociaux et d'une insertion sociale.			
Main Results			
Pour les personnes sans-abri, cette expérience permet l'accès au logement, une stabilité dans un logement décent, l'expérimentation de relations sociales quotidiennes, le développement de solidarités, l'utilisation d'un espace propre et un recours plus responsable aux services sociaux.			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>La vie à la rue est l'aboutissement d'une exclusion sociale extrême et la manifestation visible de graves problèmes sociaux (non limités aux problèmes de logement). L'hébergement en institution ne constitue qu'une offre partielle et momentanée pour les personnes sans-abri. La saturation dans les maisons d'accueil, allant de l'urgence au moyen et au long terme, et le manque de logements décents, accessibles et financièrement abordables pour les personnes à faible revenu dans la région bruxelloise, créent un contexte où chaque organisation se concentre davantage sur l'urgence. Le mode de vie en institution est organisé par l'institution et laisse peu de place aux choix et à l'implication de chacun dans l'organisation de sa vie. La fréquentation régulière des institutions peut dans certains cas générer la perte de repères d'une vie autonome, dépendance, voire même chronicisation. Les rapports de force entre l'institution et les usagers provoquent dans certaines situations des ruptures qui renforcent leur état d'exclusion, ce qui est à l'encontre des objectifs souhaités.</p> <p>Les personnes qui ne souhaitent pas ou ne souhaitent plus vivre en institution n'ont souvent que le choix de vivre seules en logement. Se pose alors la question de l'isolement et des moyens financiers nécessaires pour faire face au coût très important des loyers bruxellois.</p>			

Details of the Initiative	
1.	Specific Objectives
	<p>Ce type de logement communautaire est</p> <ul style="list-style-type: none"> - une réponse aux difficultés d'accès au logement pour des raisons financières. - une réponse à l'isolement social, raison pour laquelle le logement individuel est souvent un échec à l'insertion sociale des personnes issues de la rue. Cette réalité amène ces personnes à renouer des liens sociaux, à trouver des terrains d'entente, à réapprendre la négociation, à exprimer leurs limites, leurs besoins, leurs accords et désaccords, de déterminer ensemble des règles de cohabitation - un espace d'apprentissage et d'expérimentation de liens sociaux entre générations (personnes sans-abri adultes et jeunes des services d'aide à la jeunesse). - une manière d'élaborer les règles de vie entre co-locataires, ce qui implique une responsabilité personnelle par rapport à la vie communautaire, une obligation d'utiliser un espace propre, de se confronter aux différentes manières d'occuper un espace limité, d'envisager un rythme de vie,... - une manière de reprendre sa vie en main et de faire appel aux services sociaux de manière plus responsable et moins dépendante.
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>Ce projet est le résultat d'un travail de réseau de travailleurs du secteur sans-abri (maisons d'accueil et logement accompagné) et du secteur du logement (Agence immobilière sociale ou AIS), qui ont partagé des constats d'échec lors de l'insertion. C'est une collaboration entre travailleurs sociaux de secteurs différents. Les travailleurs du secteur sans abri et du logement accompagné se chargent de l'accompagnement des personnes, alors que l'AIS loue le logement</p> <p>Les services sociaux négocient avec les propriétaires pour trouver un logement adapté au projet.</p> <p>Dans un premier temps, les travailleurs sociaux organisent un temps de rencontre entre les personnes et les travailleurs sociaux.</p> <p>3 à 6 personnes vivent dans un logement, avec un espace privatif et des locaux communs. Elles déterminent elles-mêmes les règles de cohabitation, aidés par des travailleurs sociaux. Elles apprennent à gérer les conséquences de la cohabitation. La seule règle imposée est la non-violence et l'obligation de participer aux réunions demandées par un locataire.</p> <p>Les personnes rencontrent les travailleurs sociaux de leur propre initiative et sur base de leurs besoins, soit individuellement, soit collectivement.</p> <p>L'accompagnement collectif est conçu comme un point d'appui à la cohabitation. Les travailleurs sociaux aident les personnes à trouver elles-mêmes la solution aux problèmes rencontrés en leur apprenant à mieux exploiter leurs propres ressources.</p>
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	<p>Il n'y a pas de planification d'implémentation de ce projet.</p> <p>Sa pérennité dépend uniquement du souhait des locataires et des moyens financiers et humains des services sociaux.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>Les partenaires du projet sont</p> <ul style="list-style-type: none"> - une agence immobilière sociale - une association d'habitat accompagné - un asile de nuit - une association de travail de rue

Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	Tous les objectifs ont été atteints. Par contre, le projet de cohabitation avec les jeunes du service d'aide à la jeunesse a dû être réajusté, suite aux difficultés rencontrées.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<ul style="list-style-type: none"> - les normes législatives (montant du revenu d'intégration sociale liée à la catégorie de cohabitant, normes de surface) - la pénurie de logements de transit - l'équipement du logement - l'équilibre financières et les contraintes organisationnelles des services partenaires - les représentations des travailleurs sociaux quant à la capacité des personnes de cohabiter - la définition des procédures d'entrée et de sortie - les limites de l'accompagnement collectif - le manque de soutien financier des pouvoirs publics
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<ul style="list-style-type: none"> - négociation particulière avec les CPAS qui attribuent le RIS (revenu d'intégration social) aux personnes qui vivent en logement communautaire - recherche de logements hors quota AIS et logement de transit - contact de sensibilisation et négociation avec les pouvoirs publics (aboutis en 2006 via un subventionnement forfaitaire) - sensibilisation des travailleurs sociaux via les réseaux, mais cette difficulté subsiste)
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<ul style="list-style-type: none"> - Contrairement à l'opinion de certains travailleurs sociaux, les personnes candidates ont prouvé une capacité d'accéder au logement sans passer par un parcours institutionnel linéaire (asile de nuit-maison d'accueil-logement accompagné-logement privé) - une grande tolérance et une grande compréhension face à des comportements, ou débordements des cohabitants internes du logement - les relations travailleurs sociaux - usagers laissent place à un mode relationnel plus juste où la distance professionnelle est un catalyseur mobilisant et organisant les ressources des personnes. - le montant du loyer est divisé entre plusieurs personnes, ce qui rend possible l'accès au logement pour les plus petits revenus et évite les discriminations. - les représentations des travailleurs sociaux sont confrontées et débattues. Les pratiques professionnelles ne sont plus morcellées; elles trouvent leur sens dans la complémentarité.

A.2.1.2. Développer l'activation et la diversité dans l'emploi : le management de la diversité en Région wallonne

Name of Policy/Project	Member State
Management de la diversité	Belgium - Région wallonne
End Purpose of the Initiative	

L'objectif est de soutenir l'engagement de personnes discriminées sur le marché du travail sur base de l'origine, le genre, le handicap ou l'âge. La mesure "management de la diversité" vise également à stimuler la poursuite du développement de la responsabilité sociale des entreprises en augmentant sa visibilité et en y sensibilisant les partenaires sociaux.

Main Results

Les résultats escomptés sont l'augmentation du nombre de mises à l'emploi de personnes parmi les plus éloignées du marché de l'emploi.

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/>
Children <input type="checkbox"/>	Healthcare <input type="checkbox"/>
Single-parent families <input type="checkbox"/>	Long-term Care <input type="checkbox"/>
Unemployed <input type="checkbox"/>	Governance <input type="checkbox"/>
Older people <input type="checkbox"/>	
Young People <input type="checkbox"/>	
People with disabilities <input type="checkbox"/>	
Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/>	
Ethnic Minorities <input type="checkbox"/>	
Homeless <input type="checkbox"/>	
Specific Illness/disease <input type="checkbox"/>	
Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	
	Geographical Scope
	National <input type="checkbox"/>
	Regional <input type="checkbox"/>
	Implementing Body
	RW, Le FOREM, partenaires sociaux, Missions régionales pour l'Emploi, CPAS

Context/Background to the Initiative

Le Plan stratégique transversal "création d'activités et d'emplois" mis en oeuvre par la Région wallonne intègre un axe "management de la diversité". Celui-ci vient renforcer d'autres dispositifs déjà en mis en place en faveur de ces publics comme le Programme de Transition professionnelle (PTP), le Dispositif intégré d'insertion socioprofessionnelle (DIISP), les conventions conclues dans différents secteurs du marchand et du non-marchand visant à l'insertion des personnes étrangères ou d'origine étrangère, l'engagement d'agents d'insertion au sein des CPAS afin de favoriser l'insertion de bénéficiaires du RIS et le renforcement des Missions régionales pour l'emploi, dans le cadre du "jobcoaching", pour favoriser l'insertion de personnes d'origine étrangère, de bénéficiaires du RIS et de chefs de familles monoparentales.

L'étude BIT réalisée en 1998 montre, par exemple, qu'à compétences égales le Belge d'origine marocaine n'a pas les mêmes chances d'accéder à l'emploi que " l'autochtone" belge.

Il s'agit donc de renforcer de manière transversale les dispositifs opérationnels et d'inciter les employeurs potentiels au recours à la discrimination positive lors de l'engagement et ce, par une reconnaissance concrète : le label.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Elaborer un ensemble de mesures incitatives au bénéfice des acteurs partenaires publics et privés (entreprise, employeurs non marchands, Conseil économique et social, FOREM, CPAS, Missions régionales pour l'emploi, etc) pour stimuler l'engagement des publics fragilisés.
 Définir, pour les entreprises, un nouveau label en matière de gestion des ressources humaines lors de l'engagement de travailleurs afin de favoriser l'accès à l'emploi des publics fragilisés. Ce label portera sur 4 critères : l'origine culturelle, le genre (hommes/femmes), le handicap et l'âge. Un prix annuel

2. How did the initiative address these objectives?	
Mise en oeuvre des mesures incitatives au bénéfice des acteurs partenaires publics et privés pour stimuler l'engagement des publics fragilisés. Sensibilisation des entreprises au label via une campagne promotionnelle, octroi d'un prix wallon "management de la diversité" ; 4 entreprises wallonnes feront l'objet d'un accompagnement vers la labellisation.	
3. What is/was the timescale for implementing the initiative?	
Label 2006 : Mise en place du label ; 2007 : Octroi d'un prix wallon et accompagnement de 4 entreprises vers la labellisation ; 2008 : Extension du dispositif. DIISP, CPAS, renforcement des MIRE : mise en oeuvre en 2006	
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	En cours d'élaboration.
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	L'évaluation sera réalisée ultérieurement.

A.2.1.3. Lutter contre la pauvreté qui frappe les enfants : l'exemple de la Communauté française

Name of Policy/Project		Member State	
Plan stratégique en matière d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale		Communauté française de Belgique	
End Purpose of the Initiative			
<p>La politique d'intégration des TIC à l'école en Communauté française a été initiée en vue de fournir aux équipes éducatives un outil pédagogique supplémentaire et de favoriser l'égalité des chances en permettant à tous les élèves d'y avoir accès.</p> <p>Pour accomplir correctement ses missions pédagogiques, il est indispensable que le secteur éducatif bénéficie d'instruments adaptés et de qualité. Si les outils classiques sont essentiels et doivent être développés, les technologies modernes offrent des perspectives nouvelles et complémentaires. Il s'agit de doter les infrastructures éducatives d'équipement informatique actualisé et adapté au niveau d'enseignement, de former leur personnel à l'utilisation des nouvelles technologies et de mettre des logiciels de qualité à disposition de celui-ci.</p>			
Main Results			
<p>Parmi ces objectifs, on peut citer comme exemples de bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le passeport Tic - l'équipement des écoles en informatique pédagogique - le développement d'un serveur pédagogique interréseaux - la constitution d'une banque de ressources pédagogiques en ligne 			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>	Communauté française	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>	Région wallonne	
enseignants, directeurs d'école		Région de Bruxelles - Capitale	
Context/Background to the Initiative			
<p>Le Gouvernement de la Communauté française a adopté, en juillet 2002, un Plan stratégique d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale.</p> <p>Par ce plan, le Gouvernement définit une vision stratégique cohérente et assure une approche coordonnée des développements futurs en matière d'intégration des TIC dans les établissements scolaires, tant en Région wallonne qu'en Région bruxelloise.</p>			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			

Ce Plan est constitué de 48 mesures représentant 4 grands axes : Faciliter la gestion de l'établissement par l'introduction des TIC, Déployer du matériel dans les établissements et en assurer le bon fonctionnement, Intégrer les TIC dans les pratiques pédagogiques, Permettre à chaque élève de devenir un utilisateur familier des TIC.

2. How did the initiative address these objectives?

A partir de ce plan, 4 bonnes pratiques ont pu être développées:

1. Le passeport TIC: L'objectif de ce projet est de permettre aux élèves d'acquérir des compétences en informatique. Le passeport TIC officialise les compétences acquises par les élèves dans le domaine de l'informatique en ne conditionnant en rien la réussite ou l'échec d'une année scolaire. Il s'adresse aux élèves du premier degré de l'enseignement secondaire et l'enseignement spécialisé au travers des formes 2 et 3. Tous les documents pédagogiques du Passeport TIC sont téléchargeables à partir du site www.enseignement.be/pass.

2. Equipement des écoles en matériel informatique pédagogique : Plan Cyberécoles et lancement du Plan Cyberclasse
Pour la Région wallonne:

Dans le cadre du projet Cyberécoles, environ 18.940 ordinateurs multimédia connectés à Internet ont été installés dans les écoles primaires, secondaires et de promotion sociale de Wallonie sur la période 1998-2000. Ce plan d'équipement est né d'un projet d'accord de coopération approuvé en 1998 par les Gouvernements de la Communauté française, de la Communauté germanophone et de la Région Wallonne. Si la Région s'est chargée de la mise à disposition de matériel et de son entretien pour une durée de trois ans, les Communautés se sont chargées d'organiser l'intégration de cet équipement dans le contexte éducatif en assurant la formation des enseignants, la présence d'une personne-ressource dans chaque établissement et le développement d'un serveur pédagogique. Le matériel était réservé à un usage strictement pédagogique. Il ne pouvait être utilisé pour un usage administratif. En août 2005, un accord de coopération a été signé entre la Communauté française, la Communauté germanophone et la Région wallonne. Ce projet (2006-2009) vise le remplacement et le dédoublement du matériel informatique des écoles de la Région Wallonne. C'est le lancement du projet "Cyberclasse"...

L'objectif de cet accord de coopération est que les trois entités assurent les synergies les plus efficaces pour améliorer la formation aux nouvelles technologies dans les établissements scolaires.

La mission de la Région wallonne consistant principalement à assurer la continuité du projet précédent, avec l'objectif de renouveler progressivement l'ancien matériel et d'augmenter le nombre d'ordinateurs mis à disposition des écoles afin de se rapprocher de la norme d'un ordinateur pour 15 élèves. Le projet prévoit en outre l'installation d'un réseau dans l'école en mettant à disposition un serveur par implantation scolaire et en câblant un nombre de locaux en fonction de la taille de l'école. La Région wallonne a également en charge la maintenance, l'assurance et l'assistance à l'utilisation du matériel fourni.

De leur côté, les Communautés s'engagent à assurer la formation des membres du personnel à l'usage pédagogique des TIC, à désigner dans chaque établissement une personne-ressource, à mettre à jour et à développer les serveurs pédagogiques et à prendre en charge les coûts relatifs à la connexion au réseau internet.

L'ensemble des établissements devrait être équipé pour la fin de l'année 2009. Pour la Région bruxelloise:

Un premier plan d'équipement, fixé dans un protocole d'accord conclu entre le

Ministre-Président de la Région bruxelloise et le Ministre-Président de la Communauté française en septembre 1998, a été établi pour les écoles primaires et secondaires de la Région bruxelloise. Le déploiement dans les écoles secondaires a débuté en 1998 et s'est clôturé en 1999. Les écoles ont vu leur salle informatique équipée de 8 PC, d'un serveur central, d'un hub et de trois imprimantes. Une deuxième phase, de 1999 à 2001 a vu le déploiement de matériel dans les écoles primaires. Celui-ci consiste en 4PC destinés à être placés dans une salle informatique, un serveur central un hub et une imprimante. Chaque établissement a désigné une personne ressource chargée de la maintenance de premier niveau dans leur établissement. Chaque personne ressource s'est alors vu offrir la possibilité de suivre une formation d'une demi-journée à une journée dispensée par le fournisseur des équipements.

Un plan de renouvellement 2005-2006 a été lancé en Région bruxelloise. Celui-ci prévoit un dédoublement du matériel et une connexion gratuite. Le nouveau matériel permettra l'extensibilité hardware : les nouveaux ordinateurs disposeront de ports USB et la station multimédia d'un lecteur et graveur de CD. De plus, la plate-forme logicielle permettra à l'enseignant de montrer son écran aux élèves ou de prendre le contrôle à distance de l'écran d'un élève. Toutes les écoles secondaires ont été installées pour la fin du mois de juin 2005 et une journée de formation a été donnée aux personnes ressources. L'ajout de stations de travail dans les écoles primaires devrait être lancé en 2006.

3. Développement d'un serveur pédagogique:

Pour assurer la diffusion des ressources, la Communauté française mise sur le développement d'un serveur interréseaux. Né en octobre 1999, le site enseignement.be propose tant des informations sur les structures de l'enseignement que des annuaires d'écoles, des espaces thématiques, des ressources pédagogiques et des outils d'échange. Le site donne accès au catalogue de la base de données RESPEL (ressources pédagogiques) créée de façon à pouvoir suivre une évolution exponentielle du volume des données.

4. RESPEL: Une banque de données de ressources pédagogiques interréseaux a été créée et est accessible sur le site www.enseignement.be, donc par un large public. Le projet RESPEL (Ressources pédagogiques en ligne) a ainsi vu le jour en 2003 et a été présenté officiellement en mai 2005. La réalisation de cette banque de données de ressources pédagogiques répond tant aux objectifs du plan stratégique d'intégration des TIC qu'aux dispositions du décret « Missions » et du « Décret relatif au pilotage du système éducatif de la Communauté française » relatives à la diffusion d'outils pédagogiques.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Plan stratégique en matière d'intégration des technologies de l'information et de la communication dans les établissements scolaires de l'enseignement obligatoire et de l'enseignement de promotion sociale réalisé en 2002 vient d'être évalué. Sur la base de cette évaluation, le plan sera actualisé et des nouvelles échéances seront établies.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Les 48 mesures du Plan stratégique apparaissent sous la forme de fiche individualisée. La présentation de chaque fiche reprend, en général, l'objectif opérationnel qu'elle contribue à atteindre, l'entité administrative et politique responsable du pilotage, des délais d'exécution, état des lieux situant la mesure dans son cadre ; la description opérationnelle décrivant les étapes nécessaires pour concrétiser la mesure, ainsi que le calendrier de mise en

Une évaluation de ce plan vient d'être réalisée. Afin de garantir l'objectivité de cette évaluation, il a été demandé au Service général d'Audit du Ministère de la Cf, en collaboration avec une société privée de la réaliser.

La méthodologie utilisée par cette évaluation propose, sur la base d'entretiens avec les pilotes (c'est-à-dire les services désignés comme tels dans le Plan approuvé par le Gouvernement) de lister les actions prévues et/ou réalisées, de « mesurer » la réalisation et les résultats de ces actions, de mettre en évidence les difficultés éventuelles rencontrées et de proposer des lignes d'actions pour la poursuite des objectifs de ce Plan.

Suite à ces entretiens, un rapport présentant un état des lieux des réalisations, une évaluation des effets de celles-ci et une série de recommandations stratégiques pour atteindre les objectifs prévus par le Plan stratégique a été réalisé et transmis au Comité d'accompagnement du Plan stratégique afin de le relayer au Gouvernement.

L'adaptation du Plan stratégique suite aux résultats de l'évaluation est en cours.

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

Par rapport aux 4 mesures décrites ci-avant:

1. Le passeport TIC: Un projet pilote a été mis en place pour l'année scolaire 2003-2004. L'évaluation de ce projet pilote étant très positive, sa pérennisation pour les années suivantes a pu être assurée. Le passeport TIC est en évolution constante. De plus en plus d'élèves suivent cette formation et atteignent les compétences visées par ce passeport.

2. Equipement des écoles en matériel informatique pédagogique : Plan Cyberécoles et lancement du Plan Cyberclasse
Les nouveaux plans d'équipement ont voulu augmenter le nombre d'ordinateurs dans les écoles. Par exemple, pour la Région wallonne: le projet Cyberclasse représente 40 000 ordinateurs et plus de 3300 serveurs. Le nombre d'ordinateurs fourni aux écoles est doublé afin d'atteindre la norme de 1 ordinateurs pour 15 élèves. De plus, les écoles pourront choisir d'équiper des classes cybermédia ou d'intégrer les ordinateurs dans les classes en fonction de leurs pratiques pédagogiques.

3. Développement d'un serveur pédagogique: Le site www.enseignement.be est en ligne et connaît des évolutions constantes. Des espaces par niveau scolaire ont été créés afin de faciliter l'accès à des ressources adaptées et aux sujets de discussion qui intéressent directement les utilisateurs. Les résultats sont en continuelle progression : accroissement du nombre de visites, accroissement du nombre et de la qualité des échanges. Des listes de discussion ont été ouvertes afin de favoriser les échanges entre les enseignants. Les statistiques de consultation indiquent qu'en octobre 2005, le nombre de pages consultées était de 1.212.729 et le nombre de documents téléchargés de 209.536. Pages en constante évolution pour répondre aux besoins des publics-ciblés.

4. RESPEL: Le résultat atteint aujourd'hui consiste en ce que RESPEL compte +/- 2.500 ressources pour l'ensemble du primaire et du secondaire. Considérant que ce nombre reste relativement restreint, cette base de données est continuellement en développement et la création de liens avec d'autres bases de données existantes est fortement souhaitée. Un partenariat avec le Québec (vitrine APO) pour le développement et l'alimentation de RESPEL a été

2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Les risques sont relativement faibles. La problématique des TIC renvoie à une question sociétale plus large liée aux changements de mentalités exigés par la «Société » de l'information. Si l'école est le lieu adéquat pour rendre ce mouvement perméable ; il est nécessaire que le corps enseignant soit sensibilisé au mieux et en perçoive les avantages et implications. Tous les enseignants ne sont pas encore sensibilisés aux TIC et à leur intégration dans des pratiques de classe.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	Par une intensification de la sensibilisation des publics-cibles, leur information et leur formation. Plusieurs projets permettent de sensibiliser et d'informer les enseignants: la formation des enseignants, le site enseignement.be qui propose une foule d'informations, l'organisation d'un colloque sur les TIC, la publication d'un décret permettant l'agrément et une aide financière aux écoles dans l'acquisition des logiciels agréés...
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	N'ayant pas suffisamment de recul sur la réalisation des mesures contenues dans le plan, il est difficile de répondre objectivement à cette question.

A.2.1.4. Dispositions prises pour une meilleure gouvernance :

A.2.1.4. a) L'insertion de médiateurs de terrain en matière de pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale

Name of Policy/Project	Member State
Insertion de médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale	Belgique
End Purpose of the Initiative	
Trois objectifs centraux ont été définis pour le projet: - amener le point de vue des personnes en pauvreté dans les services publics fédéraux - contribuer à la réalisation d'une plus grande accessibilité des services pour tous, et ainsi à la réalisation des droits sociaux fondamentaux - créer une nouvelle sorte de fonction au sein de l'administration fédérale	
Main Results	
<p>En 2004, le conseil des ministres a décidé d'engager des médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale. Le SPP Intégration sociale a été chargé de la mise en œuvre de ce projet, pour lequel un co-financement a pu être trouvé auprès du FSE.</p> <ul style="list-style-type: none">- dans un premier temps, deux médiateurs de terrain ont été engagés au SPP Intégration sociale- 2 coordinateurs ont été désignés pour mettre en place le cadre du projet, ainsi que pour engager, suivre et accompagner les médiateurs de terrain, en collaboration avec les médiateurs de terrain du SPP Intégration sociale- 16 médiateurs de terrain (3 diplômés et 15 en formation), dont 8 néerlandophones et 8 francophones, ont été engagés dès septembre 2005 et détachés vers 10 services publics fédéraux, dont 5 institutions de sécurité sociale- du côté francophone, la formation de médiateur de terrain en pauvreté et exclusion sociale a été mise sur pied sous l'impulsion du fonds Social Européen, en collaboration avec l'Institut Roger Guilbert. Cette formation a débuté en octobre 2005. Les deux premiers médiateurs de terrain effectivement détachés l'ont été fin décembre 2005 à la CAAMI, les deux derniers ont commencé en août 2006 au SPF Finances. <p>Jusqu'à présent, les résultats qui se dégagent sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sous l'impulsion du projet, on observe dans les services impliqués une attention plus explicite pour les expériences et le point de vue des personnes en pauvreté- une attention plus explicite dans les services concernés pour les possibilités de contribuer à la réalisation des droits sociaux fondamentaux- une attention plus explicite pour la reconnaissance de "l'expertise du vécu" au sein de l'administration fédérale. <p>L'implication des médiateurs de terrain dans le projet est loin d'être évidente pour eux, mais contribue à les aider dans leur processus personnel et professionnel de développement.</p>	

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Single-parent families <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Older people <input type="checkbox"/> Young People <input type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/> Personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/> <hr/> Geographical Scope National <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> <hr/> Implementing Body
Context/Background to the Initiative	
<p>Le fil rouge qui soustend le projet est la question se la manière don't les différents services publics peuvent réaliser la "participation" (au sens du Rapport Général sur la Pauvreté de 1994) des personnes en pauvreté dans le cadre de leurs missions spécifiques. Le cadre le plus important ici est la réalisation des droits sociaux fondamentaux.</p> <p>Le projet entend particulièrement s'inscrire dans une certaine vision de la pauvreté et de la lutte contre la pauvreté:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'approche de la pauvreté en tant que problème structurel (c'est-à-dire une approche sociétale qui n'est pas principalement axée sur le soutien et l'accompagnement des individus) - une approche participative de la lutte contre la pauvreté - cadrer avec des initiatives en matière d'accessibilité active et passive des administrations - s'inscrire dans le concept de diversité dans l'administration fédérale 	
Details of the Initiative	
1. Specific Objectives	
<ul style="list-style-type: none"> - définir puis affiner la fonction et des tâches des médiateurs de terrain dans chaque service - élaborer un cadre financier et juridique pour l'entrée en service et l'évolution des médiateurs de terrain au sein des services - développer un cadre adapté pour le soutien des services (e.a. les coaches et les mentors des médiateurs de terrain) - élaborer un cadre commun pour la formation et le recrutement de médiateurs de terrain - élaborer et adapter une vision et un cadre de référence pour le projet - développer une base (politique et institutionnelle) pour la continuation du projet - dégager la plus-value du projet, en concertation avec les services concernés et les médiateurs de terrain eux-mêmes; il doit s'agir tant de la plus-value pour le groupe cible des personnes en situation de pauvreté, que 	

2.	<p>How did the initiative address these objectives?</p> <p>Les étapes suivantes ont été posées pour atteindre les objectifs formulés ci-dessus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place de la formation côté francophone - mise en œuvre d'une procédure spécifique de recrutement pour l'engagement de médiateurs de terrain (appel à candidatures via les CPAS côté francophone, coopération avec l'institut de formation De Link côté néerlandophone) - publicité du projet pilote auprès des administrateurs généraux de tous les services publics fédéraux et institutions de sécurité sociale - concertation et négociation avec les services intéressés concernant la fonction, les tâches et le soutien des médiateurs de terrain - élaboration d'un accord de coopération avec les services publics fédéraux qui ont souhaité engager un ou plusieurs médiateur(s) de terrain - accompagnement individuel et collectif des médiateurs de terrain au SPP Intégration sociale - entretiens de suivi réguliers avec les services impliqués concernant l'intégration des médiateurs de terrain, (l'évolution de) leur fonction et leurs tâches, le suivi et la description de la plus-value particulière - organisation de concertations mutuelles et d'échanges d'expérience entre les services impliqués - mise en place de différents comités d'accompagnement pour le suivi et la continuation du projet (comité d'accompagnement restreint, groupe de pilotage ESF et comité d'accompagnement élargi) - communication et diffusion d'information sur le projet au sein des services impliqués mais aussi plus largement (e.a. via les médias et la participation à des réunions de concertation) - concertation et adoption d'accords avec les deux instituts de formation - mise en place d'une concertation entre les deux instituts de formation impliqués
3.	<p>What is/was the timescale for implementing the initiative?</p> <p>Première phase: préparation (octobre 2004 - août 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> - engagement en octobre 2004 de 2 médiateurs de terrain au sein du SPP IS - engagement d'un coordinateur francophone en avril 2005 - demande et obtention du soutien du FSE - accord avec les Régions concernées et les instituts de formation pour la mise en place de la formation côté francophone - engagement d'une coordinatrice néerlandophone en août 2005. <p>Deuxième phase: recrutement, engagement et détachement des médiateurs de terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> - recrutement et engagement de 8 médiateurs de terrain francophones en formation - démarrage en novembre 2005 de la formation côté francophone

- suivi par service via des entretiens de suivi mensuels (pendant les 6 premiers mois) puis tous les 2 mois; ces entretiens ont lieu avec le coordinateur, les médiateurs de terrain du SPP IS, le coach et/ou le mentor du service concerné, et les médiateurs de terrain eux-mêmes
- via des réunions d'équipe régulières avec tous les médiateurs de terrain (soit francophones, soit néerlandophones et occasionnellement aussi des échanges entre les deux équipes)
- concertation régulière avec les instituts de formation concernant le coaching et l'évaluation des médiateurs de terrain et en ce qui concerne le suivi général + concertation entre les deux instituts de formation
- 1 comité d'accompagnement restreint, 1 groupe de pilotage FSE et 1 comité d'accompagnement élargi
- évaluation externe par l'HIVA et l'ULB (évaluation intermédiaire novembre 2006 et évaluation finale fin 2007)
- évaluation finale prévue par service avec les médiateurs de terrain, leurs accompagnants, des représentants du service personnel et Organisation et les présidents ou administrateurs généraux des services concernés ainsi que celui du SPP IS
- contacts réguliers avec des partenaires extérieurs impliqués dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

- le projet ne comporte pas d'objectifs quantifiables. Le processus de négociation, l'engagement des services et le fait que 16 médiateurs de terrain aient commencé effectivement constitue déjà une première étape essentielle
- le processus et la discussion au sujet de la fonction et du contenu des tâches des médiateurs de terrain sont intensifs et restent une priorité centrale pour la période à venir; on peut parler ici d'un résultat qualitatif, en l'occurrence le fait qu'une attention plus explicite aux expériences et au point de vue des personnes en pauvreté ait découlé de ces négociations et

--	--

Outcomes	
-----------------	--

1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>Le projet doit faire face à des résistances à différents niveaux: résistance au niveau des services, au niveau des instituts de formation, au niveau des médiateurs de terrain eux-mêmes, et au niveau du contexte.</p> <p>1. au niveau des services, on note les défis suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la reconnaissance et la valisation d'une autre forme de compétence et d'expertise, à savoir l'expertise du vécu - la difficulté de définir une description de fonction adaptée en dehors des cadres existants - les difficultés liées à l'intégration des médiateurs dans le service

2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<ul style="list-style-type: none"> - Le dialogue est ici essentiel, tant avec les médiateurs de terrain qu'avec les services, les instituts de formation ou les experts externes. - Le soutien des autorités, tant du niveau politique que du management des services impliqués, est une condition sine qua non pour la mise en place, le développement et la continuité de ce projet. On s'est notamment beaucoup investi dans une description claire de la plus-value d'une collaboration avec des médiateurs de terrain. - On a également beaucoup investi dans l'accompagnement des médiateurs de terrain ainsi que des services. - La flexibilité ainsi que la réflexion continue entre toutes les parties impliquées par rapport aux objectifs et au cadre de référence du projet et par rapport à la fonction, aux tâches et au soutien des médiateurs de terrain est indispensable.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	Nous attendons l'évaluation intermédiaire confiée aux institutions de recherche HIVA et ULB.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

A.2.1.4. b) Le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté

Name of Policy/Project		Member State	
Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté		Belgique - Flandre	
End Purpose of the Initiative			
<p>Le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté et son actualisation sont réalisés grâce à la collaboration entre les différents domaines d'action politique et à la participation des personnes en pauvreté et de leurs organisations.</p> <p>Le Plan d'Action réunit tous les efforts livrés par les différents ministres flamands pour combattre la pauvreté. A côté des mesures à court et à plus long terme, le Plan contient aussi les modalités d'évaluation des politiques menées.</p>			
Main Results			
<p>Le Plan d'Action flamand de lutte contre la pauvreté 2005-2009 en tant qu'instrument politique pour une politique coordonnée de la pauvreté, ce qui inclut:</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation du groupe cible, dans laquelle les associations où les pauvres prennent la parole et le Réseau flamand se sentent impliqués - description de la vision générale de la politique de la pauvreté - situation de la politique flamande en matière de pauvreté à l'intérieur des politiques fédérale et européenne - objectifs formulés à long terme et à court terme dans chaque domaine d'action - activités concrètes - planning établi pour la mise en œuvre - indicateurs pour mesurer les progrès 			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Personnes en pauvreté			
Context/Background to the Initiative			
<p>Depuis 2001, le Gouvernement Flamand établit chaque année un Plan d'Action de lutte contre la pauvreté. Avec le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté, le Plan d'Action bénéficie d'un ancrage structurel, et est construit autour des 10 droits fondamentaux tels que repris dans le Rapport Général sur la Pauvreté.</p> <p>La vision politique qui se trouve à la base du décret pose comme point de départ que la politique en matière de pauvreté est une politique inclusive. Des actions ciblées doivent être entreprises dans les différents domaines et à tous les niveaux, sur la base d'un partenariat entre tous les acteurs concernés. Le partenariat avec les personnes en pauvreté est une nécessité.</p> <p>Pour garantir la coordination entre les différents domaines d'action, un instrument a été développé sous la forme d'une concertation horizontale permanente sur la pauvreté, organisée de manière structurelle et systématique.</p>			
Details of the Initiative			

1.	Specific Objectives
	<p>Un plan d'action qui soit multi-aspectuel. Il est construit selon les dix droits fondamentaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - droit à la participation - droit à l'assistance sociale - droit à la famille - droit à la justice - droit à la culture - droit à un revenu - droit à l'enseignement - droit à l'emploi - droit au logement - droit à la santé <p>Un plan d'action qui soit fondé et situé. Cela inclut au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la description de la vision générale de la politique flamande en matière de pauvreté - la situation de la politique flamande en matière de pauvreté par rapport aux politiques fédérale et européenne en la matière - les objectifs formulés à long et à court terme dans chaque domaine d'action <p>Un plan d'action qui soit concret, qui puisse être suivi et évalué, et qui dispose des instruments nécessaires. cela inclut au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les activités concrètes - le planning établi pour sa mise en œuvre - le rendu des indicateurs pour mesurer les progrès - les instruments posés <p>le plan d'action est réalisé avec le Réseau flamand des associations où les pauvres prennent la parole. celui-ci représente le groupe cible.</p>
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>1) La concertation horizontale permanente sur la pauvreté est la concertation entre les différents domaines d'action. Y prennent part les représentants des différentes administrations de la Communauté flamande (fonctionnaires d'attention à la pauvreté).</p> <p>Les missions de la concertation horizontale sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préparer des actions dans les différents domaines découlant du Plan d'Action - analyser l'impact et les effets de ces actions - coordonner et faire correspondre les actions des différents niveaux - déterminer les conditions de fonctionnement de la concertation - prendre connaissance des propositions de la concertation verticale dans chaque domaine d'action - évaluer le Plan d'Action <p>2) Le Réseau flamand fait partie de la concertation horizontale permanente. Celui-ci donne forme à la participation des personnes en pauvreté.</p> <p>3) Un projet de plan d'action est présenté aux personnes en pauvreté via des sessions provinciales de consultation. Leurs réflexions et commentaires sont repris dans le plan d'action définitif.</p> <p>4) Une concertation verticale est organisée à l'intérieur de chaque domaine d'action. La concertation verticale a pour tâche de confronter les initiatives politiques spécifiques à la vision et à l'expérience du groupe cible et de proposer des recommandations.</p>

3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	Neuf mois après sa constitution, le gouvernement flamand doit établir un Plan d'Action de lutte contre la pauvreté valable pour toute la durée de la législature. Chaque année, un projet de Plan d'Action actualisé est soumis aux personnes en pauvreté via des consultations organisées dans les différentes provinces. Leurs réflexions et commentaires sont repris dans le Plan d'Action définitif. Pour le 1er mars, le ministre en charge de la coordination de la lutte contre la pauvreté soumet au gouvernement flamand le Plan d'Action actualisé. Le gouvernement demande alors l'avis de ses organes consultatifs compétents en la matière. Le Plan d'Action actualisé est également transmis au parlement flamand.
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	Evaluation du contenu: - via l'actualisation annuelle - via les concertations permanentes verticales et horizontale - via les consultations provinciales Evaluation du processus: - via le rapport annuel de la concertation permanente
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	La réalisation d'un plan flamand de lutte contre la pauvreté veille à ce que soit menée en matière de pauvreté une politique inclusive qui concerne tous les domaines et niveaux d'action. cela demande une évolution dans la manière de penser. La lutte contre la pauvreté va plus loin que le simple bien-être. Elle comprend tous les aspects. Le plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté insiste sur cette multi-aspectualité de la pauvreté et tente d'y apporter une réponse.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	1) Avant le décret, il n'y avait pas de base légale pour le plan d'action 2) Le suivi du plan d'action, son évaluation permanente et les recommandations qui peuvent être faites à tout moment. L'apport des personnes en pauvreté et la façon de le traiter restent un exercice difficile. Il est bien que les personnes en pauvreté aient l'occasion de donner leurs commentaires et remarques sur ce qui est repris dans le plan d'action. Il faut cependant être attentif à ce que cela n'en reste pas là. Il faut que quelque chose soit fait avec ces observations. Sans quoi, la participation n'a que peu de sens. 3) La coopération entre fonctionnaires en tant que membres de la concertation permanente d'une part, et le fait que ce soit le niveau politique qui d'autre part conduise le processus, exige encore une attention continue.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	- En réitérant les consultations provinciales à chaque actualisation. Les gens ont le droit de savoir ce qui a été fait de leur apport. La véritable participation doit aller dans les deux sens. c'est un dialogue. - Par une large diffusion du plan d'action - Par des moments publics consacrés à la politique de la pauvreté
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	Danger de la participation ad hoc, dont on ne tire fondamentalement pas grand'chose.

La participation des personnes en pauvreté est et reste un exercice ardu.

Annexe Inclusion 2. Rapport sur la mise en œuvre du PAN Inclusion 2003-2005 et de son actualisation pour 2005-2006

Afin de laisser le temps aux différentes administrations concernées de rassembler les éléments utiles à l'évaluation, il a été décidé d'établir ce rapport dans un deuxième temps, et au plus tard pour la fin de cette année 2006. Un colloque d'évaluation basé sur ce rapport devrait être organisé début 2007.

Annexe Inclusion 3. Toutes les actions en détail

La version électronique du présent Plan d'Action permet, au départ du texte des sections 2.2.1., 2.3.1. et 2.4.1. (mesures politiques), un accès direct à une présentation détaillée de chaque mesure (description, timing, budget, personnes responsables, impact attendu, dispositifs prévus pour l'évaluation, ...). Les fiches ne sont pas jointes à la version papier, mais peuvent être consultées sur le site de l'administration fédérale de l'intégration sociale (<http://www.mi-is.be/Diensten-Services/NAP/HTML/FR/NAP2006-2008.asp>).

Annexe Inclusion 4. Liste des abréviations utilisées

AATL	Administration de l'Aménagement du Territoire et du Logement (Région bruxelloise)
AIS	Agence Immobilière Sociale
APL	Association de promotion du logement
AWIPH	Agence wallonne pour l'Intégration des personnes handicapées
AWT	Agence wallonne des Télécommunications
CCC	Commission Communautaire Commune (Bruxelles)
CEC	Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme
CESRW	Conseil Economique et Social de la Région Wallonne
CFWB	Communauté Française Wallonie Bruxelles
CG	Communauté Germanophone
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CTPTE	Cellule Transversale du Pacte Territorial pour l'Emploi (Bruxelles)
DIIS	Direction interdépartementale de l'Intégration sociale (Région wallonne)
DIS	Droit à l'Intégration Sociale
EFT	Entreprise de Formation par le Travail
FLW	Fonds du Logement wallon
FOREM	office wallon de la Formation professionnelle et de l'Emploi
FSE	Fonds Social Européen
IFAPME	Institut wallon de formation en alternance et des indépendants et des petites et moyennes entreprises
KDW	Kenniscentrum voor een Duurzame Woonbeleid (Centre de connaissance pour une Politique durable de l'Habitat)
MET	Ministère wallon de l'équipement et des transports
MRW	Ministère de la Région wallonne
NARA	Netwerk van Administraties / Réseau des Administrations
OISP	Organisme d'Insertion Socio-Professionnelle (Région wallonne)
OMT	Observatoire du Marché du Travail (Bruxelles)
ORBEM	Office Régional Bruxellois pour l'Emploi
PGV	Service Politique des Grandes Villes du SPP IS
Plan HP wallonne)	Plan Habitat Permanent (dans les zones de loisirs) (Région wallonne)
RBC	Région de Bruxelles-Capitale
RGP	Rapport Général sur la Pauvreté
SLRB	Société du Logement de la Région Bruxelloise
SPP IS	Service Public de Programmation Intégration Sociale
SWL	Société wallonne du logement
VGC	Commission communautaire flamande (Bruxelles)

Annexe au chapitre III

Le Rapport stratégique national sur les pensions

Quelques indicateurs communs et données de contexte concernant les trois objectifs communs du domaine stratégique Pensions

3.1.1. Objectif stratégique g)

- Le niveau de vie lors de la mise à la retraite. Taux de remplacement théoriques

Il est possible d'établir la mesure dans laquelle les prestations de pension sont financièrement suffisantes, lors du passage de l'activité économique à la première année de pension, en calculant le **taux de remplacement théorique net** pour un ensemble de cas-types définis par le sous-groupe Indicateurs du Comité de protection sociale de l'UE. Les cas-types se rapportent uniquement à un homme isolé ayant constitué sa pension dans le régime des travailleurs salariés uniquement, celle-ci étant complétée par une pension du deuxième pilier. Un rendu exhaustif des hypothèses de travail et une explication des résultats de ces calculs figurent dans le Rapport stratégique national belge sur les pensions 2005.

Les principaux résultats de ces calculs figurent dans le tableau ci-dessous. Pour le cas-type de base, dans lequel un salarié du secteur privé comptant une carrière de 40 ans avec un salaire annuel moyen prend sa pension à 65 ans, le taux de remplacement net pour le seul premier pilier de pension est de 63%. En comparaison avec les valeurs obtenues pour les autres Etats membres de l'UE, ce taux est relativement bas pour le cas-type de base. Pour les pensionnés dont la carrière est caractérisée par un niveau de revenus moins élevé (2/3 de la rémunération moyenne), le taux de remplacement net pour le premier pilier en 2004 se situe juste un peu plus haut avec 64%.

Pour les pensionnés présentant un profil de salaire à la hausse pendant leurs 40 ans de carrière, le taux de remplacement théorique net pour le premier pilier en 2004 est moins élevé: respectivement 55% (si la rémunération évolue de 80% à 120% de la rémunération moyenne au cours des 40 ans de carrière) et 44% (si la rémunération évolue de 100% à 200% de la rémunération moyenne au cours des 40 ans de carrière). Ces taux moins élevés sont principalement l'effet du mécanisme des plafonds salariaux, qui font que la rémunération dépassant le plafond ne génère pas de droits supplémentaires à la pension.

Il ressort du tableau ci-dessous que, pour la période 2004-2050, le taux de remplacement théorique net total pour le cas-type de base augmente d'environ 6 points de pour-cent. Une pension du deuxième pilier avec une prime de 4,25% de la rémunération durant l'ensemble des 40 années de carrière contribue de manière substantielle au maintien d'un taux de remplacement satisfaisant à plus long terme. Pour le cas-type de base, le taux de remplacement brut total pour la période 2004-2050 augmente d'environ 4 points de pour-cent. Cette évolution est le résultat d'une baisse du taux brut d'environ 2 points de pour-cent pour le premier pilier, largement compensée par une augmentation de 6 points de pour-cent du taux brut pour le deuxième pilier.

Le taux de remplacement net total augmente d'environ 6 points de pour-cent pour la période 2004-2050.

Taux de remplacement théoriques pour un salarié isolé avec une carrière de 40 ans.

	Type de base: 100% de la rémunération moyenne				2/3 de la rémunération moyenne		Augmentation de 80 à 120% de la rémunération moyenne		Augmentation de 100 à 200% de la rémunération moyenne	
	2004	2010	2030	2050	2004	2050	2004	2050	2004	2050
Taux de remplacement brut 1 ^{er} pilier	39,23	40,6	38,16	36,99	43,24	42,24	33,46	31,49	26,96	22,49
Taux de remplacement brut 2 ^e pilier	3,64	5,4	10,19	9,59	0,86	2,26	3,46	7,97	3,37	7,15
Taux de remplacement brut total 1 ^{er} et 2 ^e pilier	42,87	46	48,35	46,58	44,09	44,5	36,92	39,45	30,33	29,65
Taux de remplacement net total	67,29	71,92	76,41	73,75	65,28	65,57	59,86	65,14	49,88	51,97
Taux de remplacement net si seulement 1 ^{er} pilier	62,81	64,86	63,54	61,47	64,09	62,44	55,31	54,26	43,86	39,63

Source: **Service public fédéral Sécurité sociale.**

3.1.2. Objectif stratégique h)

- Durabilité financière des systèmes de pension

Le Comité d'étude sur le vieillissement évalue dans le Rapport annuel 2006 une actualisation du coût budgétaire du vieillissement. Il n'a toutefois pas été tenu compte, dans ces estimations les plus récentes, de toutes les mesures du Pacte de solidarité entre les générations.

Il ressort du tableau ci-dessous que le coût budgétaire du vieillissement sur la période 2005-2050 est évalué 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 est évalué au montant relativement limité de 0,4% du PIB.

Coût budgétaire du vieillissement 2005-2050 (*)

Composantes	Coût budgétaire en % du PIB				Modifications relatives en %		
	2005	2011	2030	2050	2005 - 2011	2005 - 2030	2005 - 2050
Pensions	9.1	9.0	12.0	13.0	-0.0	2.9	3.9
- régime des salariés	(5.1)	(5.1)	(7.3)	(7.9)	(0.0)	(2.2)	(2.8)
- régime des indépendants	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(0.7)	(-0.0)	(-0.0)	(-0.0)
- secteur public	(3.3)	(3.1)	(4.1)	(4.5))))
Soins de santé et de longue durée	7.1	7.9	9.5	10.8	(-0.1)	(0.8)	(1.2)
- soins de santé "aigus"	(6.2)	(6.8)	(8.0)	(8.6))	2.4	3.7
- soins "de longue durée"	(0.9)	(1.1)	(1.5)	(2.2)	0.9	(1.8)	(2.4)
Incapacité de travail	1.2	1.2	1.2	1.1	-	(0.6)	(1.3)
Chômage	2.2	2.1	1.3	1.2	-	-0.0	-0.1
Prépensions	0.4	0.4	0.3	0.3	0.0	-1.0	-1.1
Allocations familiales	1.6	1.5	1.2	1.1	-0.2	-0.1	-0.1
Autres dépenses sociales	1.4	1.4	1.4	1.4	-0.0	-0.4	-0.6
					-0.2	-0.0	-0.0
					-0.0		
Total	23.1	23.4	26.8	28.8	0.4	3.8	5.8

(*) Comité d'étude sur le vieillissement.
Rapport 2006.

A moyen terme 2005-2011, le coût budgétaire du vieillissement se situe, par rapport à l'estimation publiée dans le Rapport annuel 2005 du Comité, 0,2 points de pour-cent plus haut si l'on tient compte des mesures du Pacte de solidarité entre les générations, dont environ la moitié dans la branche 'pensions'. Au cours de la période suivante (2011-2030), les mesures du Pacte de solidarité entre les générations prises en considération ont un effet positif sur les dépenses: le coût budgétaire du vieillissement est, pour cette période, moins élevé de 0,1 point de pour-cent en comparaison avec les estimations du Rapport annuel 2005.

Les projections du Ageing Working Group (AWG) du printemps 2006 diffèrent profondément pour la Belgique des estimations du Comité d'étude sur le vieillissement présentées ci-dessus. Les projections de l'AWG aboutissent à une plus forte augmentation des dépenses de pensions en % du PIB. Celle-ci doit être attribuée à la hausse plus importante du taux de dépendance. Les dépenses de pensions supplémentaires dans les projections de l'AWG sont la conséquence du fait que la population plus âgée est sensiblement plus importante que dans les projections du Comité d'étude. Cette différence n'est pas tellement la conséquence d'autres hypothèses, comme celle concernant l'espérance de vie, mais s'explique surtout par un solde migratoire plus élevé au début de la période caractérisée par une structure des âges beaucoup plus âgée.

3.1.3 Objectif stratégique i)

- La société moderne a besoin de systèmes de pension adaptés

Ces dernières années, les femmes sont entrées en très grand nombre sur le marché du travail. Toutefois, des différences significatives entre hommes et femmes en matière de carrière peuvent être constatées: les femmes travaillent plus souvent à temps partiel et interrompent plus souvent leur carrière. Les hommes ont donc plus souvent une carrière plus longue avec moins de périodes assimilées. Les travailleurs salariés masculins qui partent actuellement à la pension (entre 60 et 65 ans) peuvent justifier en moyenne à 58 ans d'une carrière de 37 ans (35 années d'occupation et 2 années d'assimilation), tandis que les salariées féminines justifient en moyenne de 34 années de carrière (26 années d'occupation et 8 années d'assimilation). L'un et l'autre ont pour conséquence que les femmes entrent nettement moins souvent en considération dans les systèmes de pensions fortement basés sur les conditions de carrière.

Il ressort de l'Enquête sur les forces de travail, effectuée par le SPF Economie – Département Statistique et dont les résultats pour la période 1995-2005 figurent dans le tableau ci-dessous, qu'environ 42,6% des femmes travaillaient à temps partiel en 2005, contre 7,8% des hommes.

Evolution dans le temps des travailleurs à temps partiel (1995-2005)

Année	Taux de travail à temps partiel (en %)		Total
	Hommes	Femmes	
1995	3,1	33,4	15,4
2000	5,4	39,3	20,0
2002	5,6	39,5	20,3
2005	7,8	42,6	23,4

Source: SPF Economie – Département Statistique; Eurostat, Enquête sur les forces de travail.

Annexes au chapitre IV

Les Soins de santé et les soins de longue durée

4.1. Détails descriptifs

4.1.1. Partage des compétences en matière de santé

4.1.2. Le régime de l'assurance obligatoire soins de santé

4.2. Les exemples de « good practice »

4.3. L'analyse statistique santé

Annexes 4.1. Détails descriptifs

Annexe 4.1.1 Partage des compétences en matière de santé

La Belgique est un Etat fédéral où coexistent trois types d'entités ayant des compétences propres : l'autorité fédérale et les entités fédérées (les Communautés et Régions). C'est notamment le cas en matière de santé où les entités se partagent les compétences de la manière suivante :

A) Les compétences de l'autorité fédérale

En matière de santé, l'Etat fédéral est compétent pour la politique de dispensation de soins dans les institutions de soins et en dehors de celles-ci dans les domaines suivants :

- a) la législation organique (exemple : loi sur les hôpitaux, ...) ;
- b) le financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique (***budgets des moyens financiers des hôpitaux***)³⁰ ;
- c) ***l'assurance obligatoire soins de santé*** (branche de la sécurité sociale) ;
- d) la fixation des règles de base relatives à la programmation ;
- e) la fixation des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ;
- f) la fixation des normes nationales d'agrément uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus ;
- g) la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.

L'Etat fédéral belge est également compétent pour les matières relatives aux médicaments, aux dispositifs médicaux et au commerce de certaines substances (stupéfiants, tissus, hormones). De même que l'exercice de l'art de guérir, au sens large du terme, et l'aide médicale urgente sont également du ressort de l'autorité fédérale.

Notons que les compétences de l'autorité fédérale en matière de santé sont exercées par le Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires sociales, et par les entités administratives que constituent le SPF Sécurité sociale et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

B) Les compétences des Communautés et Régions

Les Communautés française, flamande et germanophone (ainsi que la Commission communautaire commune à l'égard des institutions bilingues situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale) sont compétentes pour les "matières personnalisables", tant dans le domaine de la politique de la santé que dans celui de l'aide aux personnes. En ce qui concerne la politique de santé, elles sont compétentes :

³⁰ Les hôpitaux programmés et reconnus reçoivent un budget de moyens financiers. Ce budget est fixé annuellement par l'autorité fédérale et constitue une intervention dans les frais liés au séjour de patients et aux soins dispensés à ceux-ci. En substance, le budget couvre en partie les frais d'investissement, les frais de séjour et les frais de soins. Enfin, un point important est que le financement a lui aussi évolué d'un financement structurel vers un financement axé sur l'activité.

- en matière de politique de dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, à l'exception de ce qui relève des compétences de l'autorité fédérale, énumérées ci-avant ;
- en matière de promotion de la santé, d'activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales.

Depuis le 1er janvier 1994, la Région wallonne et la Commission communautaire française, la première sur le territoire de la Région de langue française et la seconde sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles -capitale, exercent les compétences de la Communauté française en matière de politique de la santé, à l'exception notamment :

- des hôpitaux universitaires ;
- de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) ;
- de la promotion de la santé ;
- des activités et services de médecine préventive ;
- de l'inspection médicale scolaire.

Les compétences des entités fédérées leur permettent donc de définir et de mener une "politique de dispensation de soins". Elles leur permettent aussi :

- de fixer les conditions d'agrément des maisons de repos pour personnes âgées, des centres de coordination de soins et services à domicile, des maisons médicales (associations de santé intégrée), des services de santé mentale ;
- de soutenir, d'encourager et de subventionner ces mêmes institutions ;
- d'agrément les hôpitaux généraux et psychiatriques dans le respect des normes d'agrément fédérales ;
- d'agrément les maisons de repos et de soins (MRS), les maisons de soins psychiatriques (MSP), et les habitations protégées pour patients psychiatriques (HP) dans le respect des normes d'agrément fédérales ;
- d'appliquer les règles de base relatives à la programmation des hôpitaux, MRS, MSP et HP.

C) La collaboration entre l'autorité fédérale et les entités fédérées

La fédéralisation de l'État a eu pour conséquence de répartir les responsabilités en matière de santé entre les différents niveaux de pouvoirs. En vue d'assurer une meilleure coordination, notamment entre la politique préventive et curative, tout en laissant chaque niveau compétent pour ses matières, des « **accords de collaboration** » ont été conclus dans de multiples domaines, tels que la politique vis-à-vis des drogues, la vaccination, le dépistage du cancer du sein.

A titre d'exemple, en matière de politique vaccinale, la répartition des compétences est fixée comme suit :

- les aspects scientifiques se discutent au niveau du Conseil supérieur d'Hygiène, institué au niveau fédéral ;
- l'autorité fédérale gère la vaccination légalement obligatoire, à savoir la seule vaccination antipoliomyélitique ;
- les Communautés gèrent les vaccinations dites « non obligatoires » mais recommandées, les organismes de prévention et les circuits de commandes et de distribution des vaccins à tous les vaccinateurs.

Annexe 4.1.2. Le régime de l'assurance obligatoire soins de santé

Dans cette annexe, vous trouverez, une présentation résumant de façon un peu plus détaillée les grandes composantes du « **régime de l'assurance obligatoire soins de santé** » qui fait partie intégrante du système de sécurité sociale belge pour lequel, comme déjà signalé, l'Etat fédéral est exclusivement compétent.

L'assurance obligatoire soins de santé est basée sur le principe de la « **concertation sociale** ». Les prestataires, les financeurs et les assureurs mutualistes sont présents dans différents organes intervenant dans la gestion et l'exécution de la dite assurance.

A) Organisation, financement et budget de l'assurance obligatoire soins de santé

En tant que branche de la sécurité sociale, l'assurance obligatoire soins de santé s'inscrit dans le mécanisme de la gestion globale de l'ensemble de la sécurité sociale.

Dans ce système de financement global, l'Office National de Sécurité Sociale (**ONSS**) pour le régime des salariés et l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (**INASTI**) pour le régime des indépendants jouent un rôle central : ils globalisent les ressources de la sécurité sociale³¹ et en effectuent la répartition entre les organismes gestionnaires des différentes branches de la sécurité sociale en fonction de leurs besoins. Pour ce qui est des soins de santé, il s'agit de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (**INAMI**).

Outre les moyens financiers qui lui sont attribués dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale, l'assurance soins de santé bénéficie d'autres ressources (environ 19 %), constituées d'une part d'un financement alternatif propre (recettes de TVA et accises), destiné principalement à financer les journées d'entretien dans les hôpitaux, et de recettes spécifiques telles que les cotisations personnelles dues par certaines catégories de titulaires, une retenue de 3,55% opérée sur les pensions, le produit d'un supplément de cotisation ou de prime dans le cadre de certains contrats d'assurance (auto, hospitalisation,...), les recettes prévues dans le cadre du reclassement social des handicapés, le produit d'une cotisation sur le chiffre d'affaire réalisé sur le marché belge des médicaments remboursables,...

Le budget de l'assurance soins de santé est élaboré au sein de INAMI, établissement public doté de la personnalité civile, chargé de l'exécution et du contrôle de l'assurance obligatoire soins de santé. En vue de faire face aux dépenses croissantes intervenant en soins de santé, une norme de croissance du budget affecté aux soins de santé a été élaborée : elle est actuellement de 4,5 % par an en terme réel.

La procédure budgétaire peut se résumer comme suit :

- Les Commissions de Conventions et d'Accords, composées de représentants des prestataires de soins et des organismes assureurs, déterminent des besoins de leur secteur (biologie, radiologie, pharmacie, chirurgie,...). Elles recueillent l'avis des conseils techniques correspondants. Ceux-ci suggèrent les modifications de nomenclature dans leur domaine (introduction ou suppression de prestations remboursées). Ils établissent une prévision du montant des dépenses projetées sur la base d'extrapolations des consommations moyennes des 4 ou 5 dernières années, en tenant compte de l'évolution de l'indice des prix, des modifications de nomenclature, des évolutions dans la structure de la population.

³¹ Ses ressources sont issues principalement, pour le régime des salariés, des cotisations sociales sur les rémunérations à charge des employeurs et des travailleurs, et, pour le régime des indépendants, de cotisations sociales sur leurs revenus. Les autres ressources du budget de la Sécurité sociale sont composées de subventions de l'Etat et de recettes issues du financement alternatif (constitué d'un pourcentage des recettes de TVA, d'une part des recettes d'accises sur le tabac et du précompte mobilier, du produit de l'imposition des avantages liés à l'octroi d'options sur actions ...)

- Le Comité de l'Assurance, composé en nombre égal de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins et de représentants des employeurs et des travailleurs (ces derniers avec voix consultatives), doit faire une évaluation explicite de tous les besoins formulés et définir clairement les critères sur la base desquels des priorités sont déterminées. Il examine l'ensemble des propositions et formule une proposition globale de budget et de répartition équitable des dépenses entre les divers secteurs de l'assurance soins de santé. Cette proposition est transmise au Conseil général et à la Commission de Contrôle budgétaire.
- Le Conseil général, qui comprend les différents financeurs du système (autorités de tutelle, travailleurs et employeurs) et les organismes assureurs, fixe l'objectif budgétaire global, à l'aide de la proposition du Comité de l'assurance et de l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire. Si le Conseil général n'approuve pas les propositions faites par le Comité de l'Assurance, il en avise le Ministre. Le Conseil des Ministres peut alors fixer sur proposition du Ministre des Affaires sociales le montant de l'objectif annuel global et les budgets globaux.

B) Qui est couvert ?

L'assurance soins de santé couvre aussi bien les travailleurs salariés, indépendants ou du secteur public, que les chômeurs, pensionnés, minimexés, handicapés, étudiants, résidents, etc., ainsi que les personnes qui sont à leur charge et qui remplissent les conditions pour ce faire (principalement une condition de revenus) : les conjoints, cohabitants, enfants, ...

On peut dès lors affirmer que pratiquement toute la population résidant en Belgique a accès aux prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire.

La personne qui s'inscrit auprès d'un organisme assureur sur la base d'une des qualités prévues dans la législation assurance maladie obligatoire a immédiatement droit à une intervention dans les frais de soins de santé, à partir du moment où cette inscription produit ses effets. Si l'inscription doit être considérée comme une réinscription, un stage d'attente de 6 mois est imposé le cas échéant avant que le droit aux interventions pour cette nouvelle inscription ne soit ouvert.

Tout bénéficiaire doit cependant remplir un certain nombre de conditions pour ouvrir un droit (annuel) aux prestations de l'assurance :

- s'inscrire auprès d'un organisme assureur : le choix de l'organisme assureur est libre sauf pour le personnel statutaire des chemins de fer belges ;
- avoir payé des cotisations minimales lorsque celles-ci sont requises (en effet, pour certaines catégories de la population, comme les minimexés, la cotisation est nulle), ou avoir un droit à un autre titre (ex : personne à charge) ;

C) Quelle est l'étendue de la couverture ?

À l'heure actuelle, la couverture des travailleurs salariés (et assimilés) se distingue de celle des travailleurs indépendants. Si les travailleurs salariés sont couverts³² tant pour les « **petits risques** » de santé (consultation des médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, fourniture de médicaments, soins dentaires, interventions chirurgicales mineures, prothèses, orthopédie, physiothérapie ambulatoire et soins infirmiers ambulatoires, etc.) que pour les « **gros risques** » (principalement hospitalisation mais aussi les interventions chirurgicales majeures, les services techniques spécifiques et les traitements spécifiques de certaines maladies telles que le cancer, la tuberculose, les maladies mentales, les maladies et les malformations congénitales, etc.), les travailleurs indépendants ne sont en principe couverts que pour ces derniers. S'ils souhaitent se couvrir pour les petits risques, ils

³² En tout le régime des travailleurs salariés comprend 26 catégories de prestations remboursables

peuvent souscrire auprès d'une mutualité une assurance complémentaire, moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

Cependant, le gouvernement a décidé d'étendre la couverture des petits risques aux indépendants, partiellement à partir du 1^{er} juillet 2006, complètement à partir du 1^{er} janvier 2008³³.

D) Comment détermine-t-on les prestations remboursables ?

La détermination des prestations remboursables et la fixation du prix de celles-ci s'effectuent au sein de l'INAMI, de manière concertée entre les différents acteurs (organismes assureurs, représentants des professionnels de la santé,...). Ainsi, les prestations médicales et paramédicales réalisées en milieu hospitalier ou en ambulatoire ainsi que les médicaments pouvant bénéficier d'un remboursement de l'assurance soins de santé sont fixés par arrêté royal ou ministériel après consultation du Comité de l'assurance et de certains autres organes de l'INAMI regroupant les prestataires concernés et les organismes assureurs. De même, toute une série de commissions de conventions ou d'accords réunissant les organismes assureurs et les représentants des prestataires concernés (exemple : commission nationale médico-mutualiste, où siègent les médecins, commission de convention bandagistes-organismes assureurs,...) négocient le prix des prestations dans le cadre du budget.

E) Quelle est l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé ?

L'assurance soins de santé ne fournit pas les prestations de santé, elle accorde uniquement une intervention financière dans le coût des soins. Tous les soins de santé remboursables (soit totalement soit partiellement) sont repris dans une « **nomenclature** » des prestations de santé, c'est-à-dire une liste qui contient non seulement la valeur relative des soins, mais également des règles d'application spécifiques, des critères de compétence des dispensateurs de soins, etc. Une telle liste existe également pour les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'un remboursement.

Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé varie principalement en fonction de la nature de la prestation et du statut du bénéficiaire. En principe, la quote-part personnelle ou « **ticket modérateur** » est de 25 %, mais peut, selon le type de prestations, être supérieure ou inférieure.

Les spécialités pharmaceutiques sont quant à elles réparties, en fonction de leur utilité sociale et thérapeutique, en cinq catégories de remboursement. Pour chaque catégorie, la quote-part personnelle du bénéficiaire est fixée, et varie entre 0 % et 80 %. En cas d'hospitalisation, le patient hospitalisé ne paie toutefois, pour ses médicaments, qu'un montant forfaitaire journalier de 0,62 EUR³⁴.

Par ailleurs, en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins, différents mécanismes existent pour « alléger » la quote-part personnelle de certains patients :

- Le « **Bénéfice de l'Intervention Majorée** » (BIM): Il s'agit d'un régime préférentiel, c'est-à-dire octroyant des remboursements plus élevés des prestations de santé, pour certaines catégories de personnes limitativement énumérées par la loi, personnes se trouvant dans une situation sociale spécifique

³³ En fait, à partir du 1^{er} juillet 2006, ce sera le cas pour les pensionnés en état de besoin (c'est-à-dire les bénéficiaires de la GRAPA) et pour les personnes qui entament pour la 1^{ère} fois une activité d'indépendant à titre principal à partir du 30 juin 2006. A partir du 1^{er} janvier 2008, ce sera le cas de tous les indépendants.

³⁴ Notons quand-même que ce montant ne couvre que les spécialités remboursables. Les médicaments non-remboursés restent à charge du patient.

(exemples : invalide, pensionné, handicapé,...) et dont les revenus n'excèdent pas un certain montant (13.246,34 EUR augmentés de 2.452,25 EUR par personne à charge, montants au 01/08/2005) ou qui, en raison de la situation sociale dans laquelle elles se trouvent, sont considérées comme remplissant ces conditions en matière de revenus. Cette intervention majorée vaut tant pour les prestations de santé médicales et paramédicales que pour les médicaments.

- Le « **Maximum à facturer** » (MAF) : Il s'agit d'un mécanisme qui a pour but de donner à chaque famille la garantie de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant déterminé en matière de soins de santé remboursables et nécessaires³⁵, le montant maximum variant en fonction du revenu familial. Il existe deux types de maximums à facturer :
 - Le « *maximum à facturer social* » est octroyé aux familles qui ont réellement payé 450 EUR de quotes-parts personnelles et dont un des membres bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance ou est une personne qui a droit à une allocation pour personne handicapée. Dès que le plafond de 450 EUR est atteint, le ticket modérateur pour le reste de l'année sera égal à zéro. Les organismes assureurs doivent veiller à la mise en œuvre du MAF social.
 - Le « *maximum à facturer revenus* » vaut pour toutes les familles³⁶ et prévoit également un remboursement lorsqu'elles ont payé des quotes-parts personnelles supérieures au montant de référence qui leur est applicable, compte tenu de leur revenus annuels nets³⁷.

Notons la situation particulière de l'enfant âgé de moins de 19 ans. Ainsi, l'enfant, qui, au 1er janvier de l'année d'octroi du MAF, est âgé de moins de 19 ans et qui a effectivement supporté des tickets modérateurs d'un montant de 650 EUR, peut bénéficier du MAF à titre individuel.

- La création du « **dossier médical global** » (DMG) Le dossier médical global est un ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui font l'objet d'un traitement manuel ou informatisé. Son but est d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes médicaux posés, ainsi que les prescriptions contradictoires. Le médecin généraliste- gestionnaire du DMG transmet, moyennant le consentement du patient, toutes les données nécessaires et utiles aux collègues, médecins généralistes ou spécialistes, qui traitent le patient en question, ce qui permet d'améliorer la communication avec ces autres prestataires. Depuis le 1er mai 2002, le dossier médical global permet, à toute personne qui souhaite posséder un tel dossier, de bénéficier d'une réduction de 30 % sur le montant de son ticket modérateur (quote-part personnelle dans le prix des soins) en cas de consultation d'un médecin généraliste.

F) Comment obtenir le remboursement des soins ?

Deux modes d'intervention de l'assurance coexistent :

³⁵ Les frais visés pour la fixation du maximum à facturer sont les tickets modérateurs pour les honoraires des médecins, des praticiens de l'art infirmier, des auxiliaires paramédicaux et pour les frais des prestations techniques (imagerie médicale, interventions chirurgicales, examens de laboratoire, ...), les médicaments indispensables (les spécialités des catégories A, B et C) et les frais hospitaliers (intervention personnelle dans le prix de journée).

³⁶ La famille prise en considération pour le MAF revenus est la famille telle qu'est composée selon les données du Registre national.

³⁷ <http://www.riziv.fgov.be/secure/fr/maf/>

- La règle est le « **remboursement a posteriori** » : Le patient paie le dispensateur de soins de son choix, lequel lui remet une attestation sur laquelle est mentionnée la prestation qui a été effectuée. Le patient remet ensuite cette attestation à son organisme assureur pour obtenir un remboursement.
- La règle dérogatoire est « **le tiers payant** » : Le système du tiers payant est obligatoire pour les patients hospitalisés et la biologie clinique. L'hôpital envoie au patient une facture qui reprend le coût global des soins reçus, mais le patient ne paie pas l'entièreté de ce coût : il ne paie que le montant qui correspond à son intervention personnelle, à savoir le ticket modérateur, ainsi que les suppléments éventuels. L'hôpital envoie également une facture à l'organisme assureur du patient : celui-ci va payer directement à l'hôpital le montant qui correspond à l'intervention de l'assurance. Un système similaire est applicable vis-à-vis des médicaments : le patient qui se rend dans une pharmacie en vue d'acquérir des médicaments remboursables prescrits par son médecin ne paiera qu'une partie du prix total du médicament (qui correspond à son intervention personnelle)³⁸. L'application du régime du tiers-payant dans le secteur ambulatoire est également possible mais sous certaines conditions et au bénéfice de certaines catégories de la population.

³⁸ Pour autant que le patient présente sa carte SIS ou que le pharmacien dispose des « données mutuelles ». Notons que le tiers-payant pour un assuré étranger présentant sa CEAM est difficile, voire impossible, car le pharmacien ne dispose pas des données nécessaires pour appliquer le tiers payant.

Annexe 4.2. Les exemples de « Good Patrice »

4.2.1. Le « Maximum à Facturer » en tant qu'outil assurant une meilleure accessibilité financière des soins de santé

Name of Policy/Project		Member State	
Maximum à facturer		Belgique	
End Purpose of the Initiative			
Assurer une meilleure accessibilité financière des soins de santé.			
Main Results			
<p>L'annexe bis 4.2.1. donne pour la période 2002 - 2005 un aperçu du nombre de familles et de personnes ayant obtenu un remboursement en application du maximum à facturer.</p> <p>Les données sont réparties par domaine d'application du maximum à facturer.</p> <p>Les données relatives à l'exercice 2005 sont encore incomplètes.</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>	Institut national d'assurance maladie-invalidité	
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
Le maximum à facturer a été introduit suite à la constatation qu'en dépit des mesures existant déjà pour garantir un accès financier plus aisé aux soins de santé, les familles confrontées de manière répétée ou continue à des frais de santé bénéficiaient encore d'une protection insuffisante.			
Details of the Initiative			
1.	Specific Objectives		
	Plafonner les interventions personnelles dans les frais de soins de santé des ménages, en fonction de leurs revenus.		
2.	How did the initiative address these objectives?		
	L'assurance obligatoire soins de santé intervient dans les dépenses de soins de santé à concurrence d'un certain pourcentage du tarif officiel. Le mécanisme du maximum à facturer assure que, par année civile, la totalité de la partie qui reste à charge de l'assuré ne dépasse pas un certain montant par ménage, montant qui dépend des revenus. Lorsque ce montant est atteint, l'assurance		

3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	La mesure a été introduite en juillet 2002.
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>1) Une cellule spéciale a été créée au sein du Service du Contrôle administratif, chargée de suivre le processus complet de l'application du maximum à facturer par les organismes assureurs. Cette cellule sert par exemple de relais pour toute information nécessaire que les organismes assureurs doivent connaître en matière de revenus. Ces questions sont transmises par les organismes assureurs au Service du Contrôle administratif, qui les communique à son tour à l'administration fiscale pour y donner suite. La réponse de l'administration fiscale aux organismes assureurs transite par le Service du Contrôle administratif.</p> <p>2) Une étude approfondie relative au maximum à facturer est en cours au Centre fédéral de connaissance des soins de santé.</p>
Outcomes	
	To what extent have the objectives been met?
1.	<p>Les annexes ter et quater aux pages suivantes présentent les données suivantes pour l'exercice 2005 (dépenses portées en compte par les organismes assureurs) :</p> <p>* annexe ter 4.2.1</p> <p>A l'annexe ter 4.2.1. figurent, par classe d'âge, les dépenses portées en compte et les tickets modérateurs effectivement payés. Ces données ne tiennent PAS compte de l'application du maximum à facturer. L'annexe comprend également les coûts moyens par assuré. La colonne "ticket modérateur %" donne le rapport entre les tickets modérateurs effectivement payés et la somme des remboursements (dépenses) et des tickets modérateurs. La "charge" moyenne du ticket modérateur = 8,32%</p> <p>* annexe quater 4.2.1</p> <p>L'annexe quater 4.2.1 contient des données analogues APRES application du maximum à facturer. Les totaux permettent de constater qu'un montant d'environ 200 millions EUR est "transféré" de la colonne "tickets modérateurs" vers la colonne "dépenses". Il s'agit là de l'application du maximum à facturer: une partie des tickets modérateurs effectivement payés est convertie en "dépenses" parce qu'ils sont remboursés aux assurés dans le cadre du maximum à facturer. Il en résulte une réduction de la charge moyenne du ticket modérateur à 7,23%.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	1. La mise en oeuvre du maximum à facturer nécessite un échange de données entre différentes Administrations. Certaines de ces données sont "sensibles" (données relatives aux revenus) et requièrent qu'une attention particulière soit donnée au respect de la vie privée.

	2. Le maximum à facturer peut aboutir à un double remboursement des interventions personnelles des assurés lorsque d'autres systèmes prévoient leur prise en charge (en particulier dans le cadre d'assurances complémentaires).
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>1. Des flux d'informations ont été créés via la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, ainsi qu'entre l'INAMI et l'Administration fiscale, selon des principes qui garantissent au maximum le respect de la vie privée.</p> <p>2. Un projet vise à créer un flux d'information permettant aux personnes prenant en charge des interventions personnelles de savoir qu'un assuré déterminé a droit au maximum à facturer, afin qu'elles puissent en tenir compte dans leurs propres remboursements.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	Le point faible du système est le délai qui existe entre le moment où les personnes ont supporté les frais et celui auquel elles seront remboursées. Une réforme récente a permis de raccourcir ce délai dans certains cas, mais il subsiste toujours un décalage inhérent à la nécessité de vérifier une série de données et de consulter le cas échéant l'assuré lui-même.

ANNEXE bis 4.2.1

MAF 2002

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF revenus	163.294	295.217	68.162.136,00
MAF social	165.249	397.625	50.599.410,34
Franchise sociale	-	-	1.607.782,15
Enfant, moins de 16 ans	-	2.890	708.291,78
Allocations familiales majorées	-	1.036	350.689,62
TOTAL	328.543	696.768	121.428.309,89

MAF 2003

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF social	194.667	418.458	62.870.444,62
MAF faibles revenus	94.737	154.626	36.180.585,01
MAF revenus modérés	119.202	219.849	53.925.348,85
Allocations familiales majorées	-	1.609	276.840,59
Enfant, moins de 16 ans	-	4.001	983.734,29
TOTAL	408.606	798.543	154.236.953,36

MAF 2004

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF social	204.456	425.967	75.641.719,63
MAF faibles revenus	91.398	150.139	40.851.030,35
MAF revenus modérés	123.577	233.353	62.480.644,49
Allocations familiales majorées		774	284.734,29
Enfant, moins de 19 ans		5.432	1.567.315,58
TOTAL	419.431	815.665	180.825.444,34

MAF 2005 – situation au 10-07-2006

	Nombre de familles	Nombre de personnes	Remboursements effectués €
MAF social	211.796	442.819	70.778.547,26
MAF revenus (€ 450)	100.051	167.316	39.650.429,84
MAF revenus (€ 650)	131.014	248.278	63.427.699,09
MAF revenus (€ 1.000)	37.203	76.506	19.220.665,10
MAF revenus (€ 1.400)	9.862	21.070	6.189.131,31
MAF revenus (€ 1.800)	12.914	31.804	7.679.437,16
Allocations familiales majorées		648	247.337,34
Enfant, moins de 19 ans		5.521	1.573.861,73
TOTAL	502.840	993.962	208.767.108,83

ANNEXE ter 4.2.1

Total sans MAF exercice 2005				dépenses SANS maximum à facturer				
classe	dépenses	tickets modérateurs (*)	assurés	coûts		ticket modérateur % (*)	classes d'âge	
				dépenses	tickets modérateurs			
1	449.572.142,12	45.396.197,93	510.288	881,02	88,96	9,17	< =	4
2	340.609.534,77	34.087.825,82	583.909	583,33	58,38	9,10	5	9
3	313.131.331,82	35.747.872,72	615.799	508,50	58,05	10,25	10	14
4	381.794.366,40	37.833.122,80	623.296	612,54	60,70	9,02	15	19
5	424.819.820,48	44.735.062,94	621.926	683,07	71,93	9,53	20	24
6	549.318.212,84	62.237.072,06	656.083	837,27	94,86	10,18	25	29
7	626.918.174,42	71.167.976,15	695.620	901,24	102,31	10,19	30	34
8	678.279.903,42	76.048.903,19	753.583	900,07	100,92	10,08	35	39
9	793.897.778,11	87.353.102,77	802.956	988,72	108,79	9,91	40	44
10	905.538.625,98	98.007.577,25	768.233	1.178,73	127,58	9,77	45	49
11	1.028.526.271,74	109.711.459,64	701.297	1.466,61	156,44	9,64	50	54
12	1.161.152.268,94	119.727.920,17	664.063	1.748,56	180,30	9,35	55	59
13	1.081.593.351,21	105.943.490,31	503.984	2.146,09	210,21	8,92	60	64
14	1.312.292.536,01	123.007.798,57	490.523	2.675,29	250,77	8,57	65	69
15	1.566.451.218,96	137.906.895,02	469.038	3.339,71	294,02	8,09	70	74
16	1.743.255.540,57	137.066.770,33	401.569	4.341,11	341,33	7,29	75	79
17	1.681.492.407,72	113.873.501,84	296.617	5.668,90	383,91	6,34	80	84
18	927.182.009,53	49.723.184,35	122.594	7.563,03	405,59	5,09	85	89
19	573.360.256,79	22.688.990,66	56.979	10.062,66	398,20	3,81	90	94
20	185.046.293,10	5.595.283,47	15.133	12.228,00	369,74	2,93	> =	95
	16.724.232.044,93	1.517.860.007,99	10.353.490	1.615,32	146,60	8,32		

(*) SANS application maximum à facturer

ANNEXE quater 4.2.1

total avec corr. MAF exercice 2005				dépenses AVEC maximum à facturer			ticket modérateur %	classes d'âge	
classe	dépenses	tickets modérateurs (*)	assurés	coûts dépenses	coûts tickets modérateurs	(*)			
1	452.013.810,32	42.954.529,73	510.288	885,80	84,18	8,68	< =	4	
2	342.260.437,62	32.436.922,97	583.909	586,15	55,55	8,66	5	9	
3	314.780.547,60	34.098.656,94	615.799	511,17	55,37	9,77	10	14	
4	384.080.586,33	35.546.902,87	623.296	616,21	57,03	8,47	15	19	
5	427.593.257,27	41.961.626,15	621.926	687,53	67,47	8,94	20	24	
6	552.997.704,41	58.557.580,49	656.083	842,88	89,25	9,58	25	29	
7	630.784.555,24	67.301.595,33	695.620	906,79	96,75	9,64	30	34	
8	682.936.890,21	71.391.916,40	753.583	906,25	94,74	9,46	35	39	
9	799.844.939,19	81.405.941,69	802.956	996,13	101,38	9,24	40	44	
10	912.386.416,69	91.159.786,54	768.233	1.187,64	118,66	9,08	45	49	
11	1.036.623.124,42	101.614.606,96	701.297	1.478,15	144,90	8,93	50	54	
12	1.171.199.954,15	109.680.234,96	664.063	1.763,69	165,17	8,56	55	59	
13	1.093.491.855,74	94.044.985,78	503.984	2.169,70	186,60	7,92	60	64	
14	1.331.626.392,83	103.673.941,75	490.523	2.714,71	211,35	7,22	65	69	
15	1.594.725.744,51	109.632.369,47	469.038	3.399,99	233,74	6,43	70	74	
16	1.776.124.840,33	104.197.470,57	401.569	4.422,96	259,48	5,54	75	79	
17	1.711.839.994,60	83.525.914,96	296.617	5.771,21	281,60	4,65	80	84	
18	941.123.362,21	35.781.831,67	122.594	7.676,75	291,87	3,66	85	89	
19	579.648.691,18	16.400.556,27	56.979	10.173,02	287,84	2,75	90	94	
20	186.440.124,44	4.201.452,13	15.133	12.320,10	277,64	2,20	> =	95	
	16.922.523.229,29	1.319.568.823,63	10.353.490	1.634,48	127,45	7,23			

(*) AVEC application maximum à facturer

4.2.2. Les politiques de dépistage du cancer du sein visant une détection la plus rapide possible des tumeurs afin d'augmenter l'efficacité des traitements

Name of Policy/Project		Member State	
Programme de dépistage par mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans		Belgique – Communauté flamande et française	
End Purpose of the Initiative			
Détecter la tumeur le plus rapidement possible afin de faciliter le traitement effectif et de réduire ainsi la mortalité due à la maladie			
Main Results			
Les indicateurs précoces de substitution de l'impact du programme sur la mortalité due au cancer du sein sont conformes aux recommandations européennes			
La participation est assez faible (Flandre : 35%)			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>	Federal State and Communities	
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Women 50-69			
Context/Background to the Initiative			
Les recommandations des experts en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, basées sur les résultats d'études, ont réveillé qu'un dépistage par mammographie peut réduire la mortalité due au cancer du sein			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			
- augmenter le nombre de femmes atteintes de tumeurs bénignes sans nodosité (Communauté flamande; les tumeurs invasives découvertes ne peuvent dépasser 1 cm)			
- accroître la participation des femmes dans la population cible			

	- réduire le nombre d'examens superflus
2.	How did the initiative address these objectives?
	<p>- Communauté flamande et française: programme de qualité garantie avec contrôle de la qualité des procédures et des processus de dépistage et évaluation à tous les niveaux</p> <p>- Communauté française: invitation personnelle pour mammographie</p> <p>La Communauté flamande participe de deux manières au programme de dépistage: - adhésion des médecins généralistes - invitation personnelle</p>
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
	<p>Communauté française: le programme est actuellement planifié jusqu'en décembre 2009</p> <p>La Communauté flamande n'a pas prévu de date de fin d'application du programme</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>- Contrôle de qualité permanent des procédures et des processus de dépistage, des performances radiographiques et radiologiques et des équipements</p> <p>- Evaluation conformément aux recommandations européennes</p>
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>La qualité du dépistage par mammographie s'est fortement améliorée</p> <p>Les indicateurs précoces de substitution de l'impact du programme sur la mortalité due au cancer du sein sont conformes aux recommandations européennes</p> <p>La participation est en augmentation mais n'est pas encore assez élevée</p> <p>Une évolution se dessine, d'une mammographie diagnostique opportuniste (sans présomption de cancer, donc en fait dans un but de prévention) à un dépistage préventif par mammographie (dans le cadre du programme)</p>

2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Pourcentage élevé de dépistages opportunistes
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>Communication au sujet du programme et de ses résultats au public et aux femmes de la population cible en particulier</p> <p>Sensibilisation des femmes de la population cible</p> <p>Collaboration et concertation entre les partenaires concernés (radiologues, médecins généralistes, différents gouvernements, réseaux locaux et régionaux, physiciens, mutualités, ...)</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Le réseau constitué par les médecins généralistes, les spécialistes et les travailleurs de la santé s'est amélioré.</p> <p>Le cancer du sein devient de moins en moins un sujet tabou</p> <p>La qualité du dépistage par mammographie à des fins diagnostiques s'est améliorée.</p> <p>La collaboration entre les différents gouvernements en Belgique s'est améliorée et a débouché sur des résultats positifs, énumérés ci-dessus.</p>

4.2.3. Le projet « Coma » en tant que filière de soins adaptée pour les patients en état neuro-végétatif persistant (ENVP) ou pauci-relationnel (EPR)

Name of Policy/Project	Member State
Filière de soins adaptée pour les Patients en état neuro-végétatif persistant (ENVP)ou pauci-relationnel (EPR).	BELGIQUE
End Purpose of the Initiative	
<p>Objectif général</p> <p>Offrir des soins adéquats au bon patient, au bon moment, au bon endroit et avec les bons moyens, tout en s’assurant de la continuité à l’intérieur même du circuit de soins. Il s’agit donc d’obtenir une adéquation optimale entre une offre de soins homogène et les besoins en revalidation et soins chroniques.</p>	
Main Results	
<p>Opérationnalisation du circuit de soins.</p> <p>1. La fonction de liaison externe ne reste pas lettre morte. Grâce à elle, l’équipe du centre hospitalier d’expertise fait connaissance avec les MRS vers lesquelles elle adresse les patients. Ainsi, non seulement la compréhension mutuelle s’en trouve améliorée mais les familles des patients en ENVP ou en EPR sont également mieux informées. Ces deux éléments contribuent à promouvoir la qualité des soins et des services fournis.</p> <p>La qualité est également favorisée par le fait que l’équipe de la MRS peut acquérir des compétences supplémentaires par le biais des formations offertes dans le cadre de la liaison externe.</p> <p>2. Le projet pilote favorise la collaboration multidisciplinaire.</p> <p>3. Pour la première fois, une coopération transsectorielle est organisée dans un cadre officiel.</p> <p>4. Le référent hospitalier pour la continuité des soins joue un rôle central dans le réseau de soins.</p> <p>5. La répartition géographique des centres hospitaliers d’expertise et des MRS sélectionnés permet au patient d’être pris en charge à proximité de chez lui.</p> <p>6. Étant donné que la plate-forme fédérale d’experts se compose d’un représentant de chacun des centres hospitaliers d’expertise et d’un nombre équivalent des représentants des soins de longue durée, le terrain se voit offrir la possibilité d’être en contact direct avec les autorités ; ce qui permet de chercher ensemble des solutions aux problèmes posés.</p>	
Targeted Beneficiaries	Policy Focus

General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		

Context/Background to the Initiative

Chaque jour, des personnes sont victimes d'une sérieuse lésion cérébrale aiguë causée par un accident de la route, un accident domestique, un accident du travail, une attaque cardiaque avec anoxie cérébrale, un infarctus ou une hémorragie cérébrale (maladie non-congénitale du système nerveux). Il peut en résulter un état comateux et s'il n'y a pas de récupération complète de celui-ci, une évolution vers un état neurovégétatif persistant (ENVP) ou pauci-relationnel (EPR). Ce type de patient représente une part non négligeable de l'ensemble de la problématique des patients présentant des maladies chroniques non congénitales du système nerveux. Pour l'ensemble de ces patients, c'est essentiellement l'absence de structures d'hébergement et de soins adaptés qui pose problème. En effet, dans la phase chronique de leur affection, ces patients séjournent dans diverses structures qui n'ont pas vocation de répondre, de manière continue, globale et spécifique, à leurs besoins en soins lourds. Ceci pose des problèmes à la fois sur le plan de la qualité des soins (non adéquation des ressources humaines et matérielles), sur le plan de l'accessibilité aux soins.

Details of the Initiative

1. Specific Objectives

Objectif spécifique

La création d'un réseau de soins adaptés pour les patients en état neurovégétatif persistant (ENVP) ou en état pauci-relationnel (EPR).

Prodiguer des soins de qualité adaptés aux besoins spécifiques de ces patients

2. How did the initiative address these objectives?

En vue de résoudre le problème susmentionné, les pouvoirs publics fédéraux, les Communautés et les Régions ont conclu le protocole concernant « La politique de santé à mener à l'égard de patients en état neurovégétatif persistant » (24/05/2004, MB 27/09/2004). Les Centres hospitaliers d'expertise

Grâce à ce protocole, un réseau de soins adaptés est créé pour les patients

La qualité et la continuité des soins de longue durée est garantie par une collaboration étroite durable avec les centres d'expertise (liaison externe). Ainsi, des formations seront régulièrement mises en place et une bonne continuité sera assurée. A cet effet, le centre d'expertise donnera, dès que nécessaire, des avis spécialisés à l'équipe de soins du patient transféré.

1) Les Centres hospitaliers d'expertise (14 centres: 80 lits)

Dès que son état de santé est stabilisé, le patient quitte l'hôpital général et est transféré vers un des centres hospitaliers d'expertise, spécialisé dans l'accueil et la revalidation des patients en ENVP ou EPR. Après un bilan global, un programme de revalidation intensif et spécifique de 6 mois en moyenne doit offrir au patient des chances maximales de réveil et de rétablissement. Les soins et interventions dispensés créent les conditions optimales pour le rétablissement et la prévention des complications. Quand une revalidation intensive n'est plus indiquée, une solution pour l'accompagnement de longue durée sera recherchée en concertation avec la famille. Dans ce cadre, les centres hospitaliers d'expertise ont une convention de collaboration (liaison externe) avec les MRS spécialisées, les institutions de l'AWIPH, les nursinghomes du VFSIPH et les SISD, afin de garantir une continuité des soins optimale.

Les missions des centres hospitaliers d'expertise au travers de la liaison externe sont :- Développer et diffuser des critères de bonne pratique professionnelle ; - Maintenir la continuité des soins aux patients dans des conditions optimales ; - Assurer la formation continue aux équipes de soins des structures de longue durée ; - Préparer en concertation le transfert du patient

2) Les soins de longue durée : en MRS spécialisées (30 MRS - 165 lits)

A la sortie du centre hospitalier d'expertise, le patient peut être pris en charge dans une MRS retenue dans le cadre de la filière de soins. Les MRS spécialisées disposent d'un encadrement en personnel et d'une infrastructure adaptée pour le groupe cible. Elles garantissent un accueil et

Les soins de longue durée à domicile*en institution de l'AWIPH, SBFPH ou du VFSIPH

A la sortie du centre hospitalier d'expertise, le patient peut être pris en charge à son domicile ou dans une institution de longue durée dépendant de l'AWIPH, SBFPH ou du VFSIPH. Le patient reçoit un forfait financier lui permettant de couvrir le matériel qui lui est nécessaire. Si le patient est à son domicile, une concertation pluridisciplinaire pourra être organisée avec les SISD ainsi que la réalisation d'un plan de soins tenant compte de l'ensemble des intervenants.

Dans le cadre du protocole, une plate-forme fédérale d'experts a été créée pour l'évaluation de ce projet ; elle se compose d'un représentant de chaque centre hospitalier d'expertise et d'un nombre équivalent de représentants des soins de longue durée. Un représentant de chaque Communauté et Région fait également partie de la plate-forme. La présidence et le secrétariat en sont assurés par le SPF Santé Publique

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Ce projet a d'abord été implémenté dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de 2 années. L'évaluation de cette période pilote vient de se terminer et au vu des résultats, le Ministre de la Santé publique a décidé de rendre structurel cette filière de soins

Des normes d'agrément et de financement seront donc prises en tenant compte des recommandations de la plate-forme fédérale d'experts mise en place dans le cadre de ce projet. Celle-ci préconise une augmentation de 21% du nombre de lits d'expertise ainsi qu'une augmentation du financement de la liaison externe, facteur de succès essentiel au fonctionnement du circuit !

Ce projet est un excellent modèle de soins totalement intégrés et pourra très certainement servir de base de réflexion pour la réforme du secteur de la revalidation ainsi que pour la recherche de solution à la prise en charge des autres maladies non congénitales du système nerveux.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Dans le cadre du protocole, une plate-forme fédérale d'experts a été créée pour l'évaluation de ce projet ; elle se compose d'un représentant de chaque centre hospitalier d'expertise et d'un nombre équivalent de représentants des soins de longue durée. Un représentant de chaque Communauté et Région fait également partie de la plate-forme. La présidence et le secrétariat en sont assurés par le SPF Santé Publique

Cette plate-forme a développé un rapport d'activité standard pour les centres d'expertise dans lequel des données quantitative et qualitative ont été rassemblée. Dans l'objectif d'évaluer ce projet de la manière la plus complète possible, après 2 années de fonctionnement, un questionnaire semi ouvert a été envoyé aux MRS participant au projet ainsi qu'aux Services Intégrés de Soins à Domicile.

Sur une période de 2 ans des données épidémiologiques, médicale et clinique ont été rassemblée pour les 392 patients qui ont bénéficiés de cette nouvelle filière de soins.

Afin de pouvoir étudier en profondeur certains aspect particulier de ce nouveaux modèle de soins, la plate-forme d'expert a décidé de créer différents groupe de travail :

- visibilité du projet
- Rapport médical
- rapport d'activité pour les centres d'expertise
- besoins de matériel de soins spécifique en MRS
- Ethique
- Guideline

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

Les objectifs de départ ont été entièrement réalisés

1. La fonction de liaison externe ne reste pas lettre morte. Grâce à elle, l'équipe du centre hospitalier d'expertise fait connaissance avec les MRS vers lesquelles elle adresse les patients. Ainsi, non seulement la compréhension mutuelle s'en trouve améliorée mais les familles des patients en ENVP ou en EPR sont également mieux informées. Ces deux éléments contribuent à promouvoir la qualité des soins et des services fournis.

La qualité est également favorisée par le fait que l'équipe de la MRS peut acquérir des compétences supplémentaires par le biais des formations offertes dans le cadre de la liaison externe.

2. Le projet pilote favorise la collaboration multidisciplinaire.

3. Pour la première fois, une coopération transsectorielle est organisée dans un cadre officiel.

4. Le référent hospitalier pour la continuité des soins joue un rôle central dans le réseau de soins.

5. La répartition géographique des centres hospitaliers d'expertise et des MRS sélectionnés permet au patient d'être pris en charge à proximité de chez lui.

6. Étant donné que la plate-forme fédérale d'experts se compose d'un

2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Le projet n'est pas encore suffisamment connu par le secteur.</p> <p>Problème d'accessibilité des patients au soins de longue durée en MRS, le coût pour le patient reste très élevé et nettement supérieur au coût des soins à domicile et en nursing home.</p> <p>Nombre insuffisant de lits dans les centres d'expertise.</p> <p>Taux d'occupation dans les MRS très différent d'une province à l'autre (de 0% à 138%)</p> <p>Un certain nombre de patient ENVP-EPR échappe à la filière et vont dans des centre non reconnu</p> <p>Les institutions pour personnes handicapéesne participe pas réellement à la filière, sur les 392 patients suivi seuls 2 ont été transférés vers un Nursing home dépendant de VFSIPH.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>La publicité du projet via, entre autres, une brochure d'information et un symposium est essentielle pour donner à ce projet transsectoriel innovant une place dans le paysage des soins.</p> <p>Augmentation du nombre de lits en centre d'expertise de 21% sera probablement réalisée en 2007.</p> <p>Discussion prévue avec les Communautés et les Régions éventuellement revoir la distribution des MRS et le rôle de l'AWIPH et du VFSIPH dans le circuit de soins.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

4.2.4. 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 région

Name of Policy/Project	Member State
Protocole 3 CONCLU ENTRE LE GOUVERNEMENT FEDERAL ET LES AUTORITES VISEES AUX ARTICLES 128, 130, 135 ET 138 DE LA CONSTITUTION, CONCERNANT LA POLITIQUE DE LA SANTE A MENER A L'EGARD DES PERSONNES AGEES	BELGIQUE
End Purpose of the Initiative	
<p>Les accords sociaux qui ont été conclus en 2005 pour le secteur du non-marchand ont pour but d'arriver à un meilleur encadrement et à une diminution de la pression du travail. Dans ce cadre, le texte suivant a été inscrit dans les accords: "dans le cadre de l'équivalent d'une reconversion de 28.000 lits MRPA en M.R.S. selon le principe des « équivalents MRS » : création de 2.613 E.T.P, dont 70 E.T.P. sont destinés aux services de soins infirmiers à domicile afin de pouvoir développer pour les personnes en dépendance grave résidants à domicile une offre de soins dans une collaboration innovatrice entre soins primaires et institutions qui évite ou post-pose l'institutionnalisation. Les secteurs des maisons de repos et des services des soins infirmiers à domicile seront impliqués dans la concertation interministérielle qui aboutira à un nouveau protocole de collaboration concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées."</p> <p>Le troisième protocole d'accord fixe le cadre budgétaire des investissements de soins dans les différentes Communautés et Régions, et ce, réparti sur six ans. Vu que l'accent est placé sur la création d'emplois supplémentaires dans le secteur des soins, il est important d'être attentif à avoir suffisamment de prestataires d'aide et de soins, financés de manière adéquate. La politique relative à l'emploi et à l'enseignement joueront ici un rôle de taille. La création de 2.613 ETP, résultant de la reconversion de 28.000 lits MRPA en lits MRS, est liée à la signature de conventions collectives de travail par les partenaires sociaux.</p> <p>Les conventions collectives ou les arrêtés royaux qui sont nécessaires ont trait à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'abaissement du seuil de création d'une délégation syndicale ; - le remplacement immédiat en cas d'absence ; - la communication aux travailleurs suffisamment à l'avance de leurs horaires et la sanction applicable en cas de modification des horaires ; - la mise en oeuvre de la mesure "contrat de travail" ; - l'octroi de jours de congé supplémentaires en faveur de certaines catégories de membres du personnel ; - l'adaptation aux dispositions relatives aux mesures de fin de carrière, conclues en exécution du plan pluriannuel des secteurs de santé fédéraux, conclu le 1er mars 	

Main Results

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Single-parent families <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Older people <input type="checkbox"/> Young People <input type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/>
	Geographical Scope
	National <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/>
	Implementing Body

Context/Background to the Initiative

Details of the Initiative

1.	Specific Objectives
2.	How did the initiative address these objectives?
3.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	Un groupe de travail intercabinet composé de représentants des différents Ministre signataire du Protocole et qui se réunion au minimum 1 fois par mois suis la réalisation des objectifs
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	Aucun objectif n'a pu être atteint (cf. plus bas)
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Les conventions collectives de travail n'ont pas toutes été signée; ni les reconversion de MRPA en MRS, ni la création ou le renforcement d'alternative à l'institutionnalisation n'ont pu être initiées. Il n'y a donc pas encore eu de création d'emploi à ce jour.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	Des réunions en comission paritaire sont encore prévue pour arriver à un accord. Cependant, certain secteur ont signé toutes les conventions collectives de travail, nous ne sommes donc pas bloqué, dans ces secteurs la création d'emploi pourra bientôt débiter.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

4.2.5. Les politiques de vaccination qui par l'immunisation de groupes cibles visent à réduire la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses évitables

Name of Policy/Project		Member State	
Programme de vaccination.		Belgique (Communauté Française)	
End Purpose of the Initiative			
Réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies infectieuses évitables par la vaccination par l'immunisation de groupes cibles.			
Main Results			
<p>Chez les jeunes enfants (jusqu'à l'âge de 11-12 ans), les taux de mortalité et de morbidité sont satisfaisants au regard des standards internationaux sauf encore en ce qui concerne l'hépatite B et la rougeole.</p> <p>Chez les adolescents et les personnes âgées les résultats sont encore insuffisants.</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>Recommandations Organisation mondiale de la Santé</p> <p>Politique générale de prophylaxie des maladies transmissibles</p> <p>Recommandations du Conseil supérieur d'Hygiène.</p>			
Details of the Initiative			
1. Specific Objectives			
<p>Chez les enfants et les jeunes de 0 à 18 ans : maintenir ou augmenter les taux de couverture vaccinale contre les 11 maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, maladies invasives à Méningocoque C, Haemophilus influenzae</p>			

Chez les adultes : informer sur la périodicité des rappels pour tous (diphtérie et tétanos) et sur l'intérêt de vaccins spécifiques pour les plus vulnérables (grippe et pneumocoque).

2. How did the initiative address these objectives?

Par le développement des connaissances et la motivation de la population vis à vis de la vaccination (information des publics cibles sur les enjeux, amélioration de la compréhension des responsables et des intervenants de la représentation de la vaccination au sein du public).

Par l'accès maximal aux vaccins destinés aux enfants et aux adolescents ciblés (gratuité et disponibilité des doses de vaccins, libre choix du vaccinateur, facilitation des démarches des bénéficiaires).

Par la cohérence et la pertinence du programme (concertation et coordination des partenaires, transmission des données entre les services de la petite enfance et ceux s'occupant de promotion de la santé à l'école, rigueur et évaluation scientifique du programme via la surveillance épidémiologique et la mesure des couvertures vaccinales). A cet effet, en Communauté française, une collaboration est installée entre la DG Santé et l'association interuniversitaire Provac, chargée de l'opérationnalisation du programme.

Par la garantie de la conduite et de la continuité du programme aux niveaux réglementaire, administratif et politique.

3. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Il s'agit d'un processus permanent.

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Suivi épidémiologique

Mesure régulière des taux de couverture vaccinale

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

De manière satisfaisante sauf en ce qui concerne les taux de couverture

- des enfants contre la rougeole;
- des adolescents contre l'hépatite B;
- des professionnels de la santé et des personnes à risque contre la grippe

2. What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?

- difficulté de maintenir l'adhésion suffisante des enfants au-delà de la scolarité primaire;
- détection difficile des cas de maladies devenues rares;

3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<ul style="list-style-type: none"> - lutte contre le sentiment de bénignité de certaines maladies par la sensibilisation du public et des professionnels (courriers spécifiques, séminaires, spots TV); - mise en place d'un système de déclaration adapté aux maladies rares par l'Institut scientifique de Santé publique; - en Communauté française, un recours à un système d'accès sélectif aux vaccins disponibles dans le circuit de commande et de livraison est organisé.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

Brève discussion des résultats des indicateurs de santé

Les indicateurs de santé fournissent des informations sur l'état de santé de la population, le style de vie et l'existence de facteurs à risque, le domaine couvert par la politique de prévention, l'accessibilité, les frais et l'usage fait des soins de santé, la faisabilité à long terme des dépenses pour les soins de santé. L'analyse a été effectuée sur la base des indicateurs européens communs, complétés par des indicateurs nationaux³⁹.

1. Etat de santé

Espérance de vie – et Espérance de vie en bonne santé

L'**espérance de vie**, c'est à dire l'âge que l'on peut, lors de la naissance, espérer atteindre, est un des indicateurs les plus utilisés pour donner une idée de l'état de santé général d'une population. Elle est déterminée par un grand nombre de facteurs, dont le bien-être en général, l'hygiène de vie et la qualité des soins de santé. Tout comme dans la plupart des autres pays de l'UE, l'espérance de vie en Belgique s'est accrue continuellement dans le courant des décennies écoulées. En 2004, elle atteignait 82,4 pour les femmes et 72,7 pour les hommes (soit une différence de 6,7 ans en faveur des femmes). En comparant les chiffres pour 2003 (femmes 81,7 et hommes 75,9) avec ceux des autres pays membres de l'UE, il apparaît que l'espérance de vie en Belgique est relativement élevée. Les meilleurs résultats ont été constatés en Suède (femmes: 82,5 ; hommes: 77,9), les plus mauvais en Lettonie (femmes: 75,9 ; hommes: 65,7).

Il est important de vérifier quelle partie de l'**espérance de vie** se déroule **en bonne santé**, afin de ne pas se faire uniquement une idée de la longueur, mais également de la qualité de la vie. L'espérance de vie en bonne santé est également importante dans le cadre des stratégies d'« active ageing » (vieillesse active) visant une vie active plus longue pour les aînés. Des personnes âgées en bonne santé peuvent fournir une contribution importante à leur famille, à la communauté dans laquelle elles vivent et à l'économie, soit en continuant une activité dans la vie professionnelle, soit en développant des activités informelles telles que la garde des enfants, des malades, des personnes âgées. Il a été démontré qu'il existe un rapport entre la santé, la croissance économique et le bien-être social.

Récemment, les attentes en matière de santé ont été calculées en se basant sur les données relatives à la mortalité de l'INS et les questions concernant l'état de santé ont été reprises dans l'enquête socio-économique de 2001⁴⁰. L'état de santé a été évalué en se basant sur une question posée au sujet de l'état de santé subjectif général : quel est votre état de santé général ? Les maladies chroniques ont été constatées en se basant sur la question : souffrez-vous d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps ?

Pour les femmes, l'espérance de vie était de 81,7 ans à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé de 59,5 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 63,4 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie était de 75,4 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 58 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 59,7 ans. Les femmes disposent donc d'une espérance de vie de 6 ans plus longue que les

³⁹ Les indicateurs du Plan d'Action National pour l'Insertion Sociale relatifs à la dimension santé ont été repris dans l'analyse.

⁴⁰ Van Oyen, H. Bossuyt, N. Bellamammer, L. Deboosere, P. Demarest, S. Lorant, V. Miermans P-J. Composite health measures in Belgium based on the 2001 census, 32 p. (non publié).

hommes, mais leurs attentes subjectives en matière de santé ne dépassent celles des hommes que de 1,5 ans et elles peuvent s'attendre à vivre 2,9 ans de plus que les hommes avec une maladie chronique.

A 65 ans, pour les femmes, l'espérance de vie était de 20,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 7 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 10,1 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans était, en 2001, de 16,2 ans, l'espérance de vie en bonne santé de 6,6 ans et l'espérance de vie sans maladies chroniques de 8,6 ans.

On peut se poser la question si l'accroissement de l'espérance de vie au fil du temps ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre d'années passées en mauvaise santé (compression, stabilité ou expansion de la mauvaise santé). Cette question est également importante lorsqu'il s'agit d'établir des projections relatives au coût du vieillissement.

Une évaluation à trois moments (1997, 2001 et 2004), utilisant à chaque fois l'Enquête Santé pour mesurer l'état de santé (subjectif), confirme la théorie de la compression (l'accroissement de l'espérance de vie va de pair avec une compression des années passées avec une maladie chronique)⁴¹. Au cours de la période 1997-2004, l'espérance de vie des hommes s'est accrue de 1,82 ans, alors que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 3,35 ans. Pour les femmes, l'espérance de vie s'est accrue de 1,29 ans, tandis que l'augmentation du nombre d'années passées sans maladies chroniques a cru de 2,47 ans.

Chiffres alternatifs concernant l'espérance de vie en bonne santé, basés sur l'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité'

L'indice structurel européen 'espérance de vie sans invalidité' (disability free life expectancy) est disponible pour la période 1995-2003. L'indice est calculé sur base d'une enquête (ECHP) relative aux limitations des activités quotidiennes dues à une maladie ou à un handicap⁴². Pendant la période sous revue, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue, pour les femmes, de 1,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 2,8 ans. Pour les hommes, l'espérance de vie s'est accrue, au cours de la même période, de 2,5 ans et l'espérance de vie sans invalidité de 4,1 ans. L'accroissement des deux indices est donc plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En 2003, les femmes pouvaient s'attendre à passer 84,7% de leur vie sans invalidité (contre 82,8 en 1995), les hommes à 88,8% (contre 86,2% en 1995). Dans le contexte européen, la Belgique atteint une bonne cote, que les tendances récentes confirment.

Pendant la même période de référence, l'espérance de vie sans invalidité à 65 ans semble progresser, tant chez les femmes que chez les hommes, d'une manière plus lente que leur espérance de vie (femmes: espérance de vie +0,8, espérance de vie sans invalidité +0,7; hommes : espérance de vie +1,9, espérance de vie sans invalidité +1,3. Ici aussi, il y a progression pour les deux groupes, mais plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Il y a de nettes différences par région : l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à la naissance sont les plus basses en Région Wallonne et les plus élevées en Région Flamande.

⁴¹ Van Oyen, H. Cox, B. Trend in disability free life expectancy in Belgium between 1997 and 2004. Reves 2006. 14 p.

⁴² ECHP 1995-2001: Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability? (2002 et 2003 sont des extrapolations)

Il y a quelques années, on a calculé l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau d'éducation. En se basant sur une combinaison de données en provenance de la banque de la mortalité nationale, un suivi durant 5 ans du recensement de 1991, et de l'Enquête Santé de 1997. On a pu en conclure que les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé (pas de diplôme ou enseignement primaire seulement) ne vivent pas seulement moins longtemps en Belgique (femmes : 2,8 ans; hommes 5,2 ans), mais vivent également moins longtemps en bonne santé (femmes : 14,5 ans ; hommes : 15,5 ans) que ceux ayant bénéficié d'une éducation plus avancée (diplômés de l'enseignement supérieur).

Plus le niveau d'instruction est élevé, meilleur est l'accès aux informations en matière de santé et mieux on est préparé pour mettre ces connaissances en pratique. D'autre part, le niveau d'instruction contribue à déterminer la position sur le marché du travail et la satisfaction professionnelle et donc, indirectement, l'état de santé. Il existe également un lien évident entre la position socio-économique et le style de vie (voir plus loin).

Mortalité foeto-infantile

Tant la mortalité infantile (mortalité chez les enfants dans leur première année par rapport au nombre total de naissances d'enfants en vie) que la mortalité périnatale (mortalité pendant la première semaine plus les morts-nés par rapport au nombre total de naissances y compris les morts-nés) ont diminué en Belgique au cours des dernières décennies. Le degré de mortalité infantile (exprimé par milliers de naissances) atteignait en 1980 encore 12,1 en Belgique. En 1990, il était descendu à 6,5, en 2000 à 4,8. En 2004, le rapport est de 4,3 soit un peu plus bas que la moyenne de l'UE25, qui est de 4,5. A l'intérieur de l'UE, la mortalité infantile est la plus élevée et Lettonie (9,4) et la plus basse en Suède (3,1).

Une analyse du nombre de morts-nés, de la mortalité pendant la première semaine de vie mais avant l'âge d'un an, effectué pour la période de 1980 à 1994 en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du père démontre qu'il est question d'un gradient socio-économique évident. La mortalité infantile dans les catégories professionnelles est toujours nettement moins élevée que dans les catégories ayant un statut moins élevé, même si les différences se réduisent avec le temps. Des analyses relatives à la Région Flamande et à la Région de Bruxelles-Capitale basées sur des données plus récentes confirment cependant l'importance inchangée du statut socio-économique des parents en ce qui concerne la mortalité infantile⁴³.

Etat de santé subjectif⁴⁴

En se basant sur les résultats de l'Enquête santé, on peut se faire une idée de l'état de santé subjectif (tel que ressenti par les intéressés eux-mêmes) de la population.

En Belgique, 23% de la population affirme se trouver dans un état de santé médiocre, mauvais ou très mauvais (pourcentage plus ou moins stable pour la période 1997-2004). Le **mauvais état de santé subjectif**, défini de cette manière s'accroît, comme il fallait s'y attendre, avec l'âge. Le pourcentage de personnes qui déclare un état de santé médiocre à très mauvais varie entre 8% dans la classe d'âge de 15 à 24 ans et 53% chez les personnes de 75 ans et plus. A partir de l'âge de 45 ans les femmes se déclarent en plus mauvaise santé que les hommes (tous âges : 25% contre 21%). Les personnes dont le niveau d'instruction est plus bas déclarent plus souvent être

⁴³ Voir : Administratie Gezondheidszorg – Team Beleidsvaluatie. Foeto-infantiele sterfte. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. *Gezondheidsindicatoren 2001-2002*. Page 33-48. Analyse voor de Vlaamse Gemeenschap 2001-2002. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad. Welzijnsbarometer. Edition 2005/1 P.26 (chiffres de 1998 – 2003).

⁴⁴ Analyse basée principalement sur ISSP Enquête Santé Belgique 2004 IPH/EPI Reports n°. 2006 - 035.

insatisfaits de leur état de santé (45%) que les personnes ayant bénéficié d'une formation plus avancée (13,6%).

Presque un quart de la population (24%) déclare souffrir au moins d'une **maladie de longue durée ou d'un handicap**. Ce pourcentage reste à peu près stable pendant la période 1997-2004. La probabilité de contracter une maladie de longue durée augmente à nouveau fortement avec l'âge (75+ : 53%). Des affections de longue durée sont signalées plus souvent chez les personnes dont le niveau d'instruction est plus bas (37 %) que chez les personnes ayant bénéficié d'une formation plus avancée (19 %). Les personnes d'un niveau d'instruction plus bas signalent plus souvent des bronchites, des affections cardiaques, une tension élevée, le diabète, la dépression, des vertiges accompagnés de chutes, la migraine, le mal de dos persistant, l'usure des articulations, des infections des articulations, d'autres formes de rhumatisme chronique, des ulcères d'estomac ou des ulcères de l'intestin grêle. Chez ceux dont le niveau d'instruction est plus élevé, il est plus souvent question d'allergies. Chez les personnes d'un niveau d'instruction plus bas il est également plus souvent question de co-morbidité, l'apparition simultanée de plusieurs affections (diplôme de l'enseignement primaire ou pas de diplôme: 21%, diplôme de l'enseignement supérieur: 3%).

10% de la population déclare souffrir d'une **maladie chronique entraînant une gêne dans l'accomplissement des activités quotidiennes** (pourcentage stable pendant la période 1997-2004). Ici aussi, on constate une prévalence plus forte chez les femmes, les personnes âgées, les personnes d'un niveau d'instruction plus bas et les personnes à bas revenus (16% dans le premier créneau des revenus, 5% dans le créneau des revenus le plus élevé).

Chiffres alternatifs sur l'état de santé subjectif, basés sur l'UE-SILC 2004

Etat de santé constaté par soi-même

8% de la population âgée de 16 ans et plus déclare se trouver dans un état de santé mauvais à très mauvais (femmes: 8,6%, hommes: 7,3%). Chez les plus jeunes (16 à 24) le pourcentage est de 2%, chez les personnes de 85 ans et plus de 26,1%. Dans le créneau le plus bas des revenus, 41 % déclarent se trouver dans un mauvais état de santé. Dans le créneau des revenus le plus élevé ce pourcentage est de 11%.

Limitations des activités quotidiennes

Presque 27% de la population de 16 ans et plus déclare être limitée dans ses activités quotidiennes (28% des femmes et 26% des hommes). 11,5% sont fortement limités (13% des femmes et 10% des hommes). Ce pourcentage augmente fortement avec l'âge: 5% des personnes de 16 à 24 ans sont confrontées à de fortes limitations, 45% des personnes de 85 ans et plus. Dans le créneau le plus bas des revenus, 41 % déclarent se trouver dans un mauvais état de santé. Dans le créneau des revenus le plus élevé ce pourcentage est de 33%, nettement plus que dans le créneau des revenus le plus élevé (17%).

La **prévalence de la dépression** peut être analysée en se basant sur les réponses reçues lors de l'Enquête Santé sur une échelle à 13 points⁴⁵. Mesurée de cette manière, la dépression se présente chez 8% de la population (inchangé depuis 2001), davantage chez les femmes (10%) que chez les hommes (6%) et augmente

⁴⁵ Il s'agit des 13 points de ce qu'on appelle la sous-échelle. SCL-90-R concernant la dépression. Les questions posées constituent un sondage sur divers symptômes de la dépression (manquer d'énergie, pleurer souvent, désespérer de l'avenir etc...).

avec l'âge (13% dans la population de plus de 75 ans). Les personnes faisant partie du créneau le plus bas des revenus (18%) sont souvent plus dépressifs que dans le créneau des revenus le plus élevé (5%), les porteurs d'un diplôme de l'enseignement moyen inférieur (12%) plus souvent que les diplômés de l'enseignement supérieur (4%). Constituent en particulier des groupes à risque : les familles monoparentales (17%) et les isolés (12%), mais surtout les malades/invalides (38%) et les chômeurs (12%).

L'Enquête Santé fournit donc des indications sur les différences socio-économiques quant à l'état de santé subjectif. Ceux dont le statut socio-économique est le plus bas présentent en général une moins bonne santé. La relation causale peut se présenter dans les deux sens : statut socio-économique plus bas parce que l'état de santé est mauvais, ou bien mauvaise santé en raison du statut socio-économique plus bas⁴⁶. Pour la plupart de ces indicateurs, la Région Flamande présente de meilleurs résultats que la Région de Bruxelles-Capitale et la Région Wallonne.

2. Style de vie – facteurs à risque

Des recherches ont démontré que les habitudes de vie, telles que les exercices corporels, les habitudes alimentaires, l'usage d'alcool et de tabac, exercent une grande influence sur la santé. L'Enquête Santé de 2004 permet d'avoir une idée de la prévalence de différents styles de vie.

25% de la population court un risque de santé parce qu'ils ne pratiquent aucun exercice corporel pendant leurs loisirs. 22% ont des habitudes alimentaires irrégulières. 15% mangent des légumes moins d'une fois par jour. Environ 40% mangent trop peu de poisson, de fruits et de pain gris. 44% sont confrontés à un excès de poids (BMI > 25), 13% sont vraiment obèses (BMI > 30). 7% de la population sont de grands buveurs (en moyenne 22 verres d'alcool par semaine). 10% sont de gros fumeurs (20 ou plus de cigarettes par jour)⁴⁷.

Il apparaît une nouvelle fois que ceux qui occupent une position socio-économique inférieure sont plus souvent caractérisés par un style de vie comportant des risques pour la santé. A titre d'exemples, citons la prévalence de l'obésité et de l'excès de tabac. En 2004, comme déjà signalé, 13% de la population belge de 18 ans et plus étaient obèses (BMI > 30). Chez les personnes d'un niveau d'instruction plus bas, ce chiffre atteint 20%, chez ceux bénéficiant d'un niveau d'éducation supérieur 6%. Le pourcentage de gros fumeurs (20 ou plus de cigarettes par jour) dans la même catégorie atteignait, comme déjà signalé, 10%. Ici aussi, le pourcentage est plus élevé chez les personnes d'un niveau d'instruction plus bas que chez ceux bénéficiant d'un niveau d'éducation supérieur (13% contre 6%).

3. Les objectifs de la politique de prévention

La politique de prévention vise à empêcher de nouveaux cas de maladie ou à détecter rapidement les maladies (screening). L'Enquête Santé pose la question du degré de participation de la population adulte aux activités de prévention et de screening. Il s'agit des vaccinations et du screening des affections cardiaques et vasculaires et du cancer du sein et du col de l'utérus. Ces chiffres sont basés sur les déclarations des

⁴⁶ Selon l'Institut Scientifique de la Santé publique, un consensus a été atteint sur le fait que la première direction causale : un statut socio-économique bas parce qu'on est en mauvaise santé ne détermine que dans une mesure très limitée le lien entre le statut socio-économique et l'état de santé. .

⁴⁷ En faisant une comparaison sur le plan international, la cote de la Belgique est relativement bonne en ce qui concerne les fumeurs, et moyenne lorsqu'il s'agit de la consommation d'alcool et l'obésité.

répondants. Des données objectives sur les remboursements par les organismes d'assurance se situent souvent nettement plus bas.

La vaccination

49% de la population dispose d'une carte de vaccination. Dans le courant des dix dernières années, 60% de la population de 15 ans et plus ont été vaccinés contre le tétanos, 29% contre l'hépatite B. Le degré de vaccination contre le tétanos est en diminution, celui contre l'hépatite B augmente. Dans le courant des cinq dernières années, 12% de la population à risque (45+) ont été vaccinés contre les pneumocoques. Dans le courant des trois dernières années, 14% de la population ont été vaccinés contre les méningocoques du type C (inflammation cervicale). 30% de la population de 15 ans et plus ont déclaré avoir été, au moins une seule fois, vaccinés contre la grippe au cours de la dernière saison de vaccination (septembre à décembre). Pour les personnes de 65 ans et plus, ce chiffre atteint 47%. Le degré de vaccination contre la grippe présente une tendance montante.

Pour un certain nombre de vaccinations (grippe, pneumocoques) on ne peut pas déceler de différences selon le degré d'instruction. On constate cependant une influence de la position socio-économique positive dans le cas de la vaccination contre le tétanos, l'hépatite B et les méningocoques du type C. Plus élevé le niveau d'éducation, plus élevé sera le degré de vaccination.

Quant à la **vaccination de jeunes enfants**, des chiffres récents sont disponibles pour la Flandre. L'enquête sur le degré de vaccination de 2005 révèle qu'en Flandre, les nourrissons sont vaccinés d'excellente façon, avec un taux de vaccination supérieur à 90% pour tous les vaccins offerts gratuitement. En comparaison avec une enquête similaire menée en 1999 chez 1000 jeunes enfants, le degré de vaccination pour tous les vaccins s'est fortement amélioré. Selon la présente étude, 97% des nourrissons sont complètement vaccinés contre la polio, le tétanos, le croup, la coqueluche et l'*influenza H* du type b au cours des six premiers mois et plus de 92% ont reçu leur quatrième dose pendant la deuxième année de vie. Plus de 92% des enfants sont totalement vaccinés contre l'hépatite et 94% contre la rougeole, les oreillons, la rubéole en les méningocoques C. Ces résultats n'ont pu être atteints que grâce aux efforts concertés et soutenus des médecins et instances vaccinatrices ainsi que d'une politique de vaccination de haut niveau, scientifiquement soutenue. Les données de la dernière enquête de la Communauté française datent de 2003. Le pourcentage de la couverture pour les nourrissons (18-24 mois) varie, selon les vaccins, de 85 à 90%. Parmi les autres pays européens pratiquant une politique de vaccination similaire, seuls la Finlande et les Pays-Bas atteignent un taux de vaccination aussi élevé.

Screening des affections cardiaque et vasculaires et du diabète

90% de la population de 15 ans et plus déclarent que leur **tension sanguine** a été contrôlée au cours des cinq dernières années, 62% affirment avoir subi un examen du **taux de cholestérol** dans le sang. 50% de la population de 15 ans et plus affirment avoir subi un contrôle du **taux de sucre dans le sang** au cours des trois dernières années.

En ce qui concerne le niveau de contrôle de la tension, du cholestérol ou du taux de sucre, on n'a pas pu déceler de différences en fonction du statut socio-économique.

Screening du cancer

En 2004, 72% des femmes de 25 à 64 ans ont déclaré avoir fait procéder, au cours des trois dernières années, à un **frottis du col de l'utérus** (les données administratives concernant les remboursements fournissent un chiffre plus bas : 59%). 50% seulement de personnes ne disposant d'aucun diplôme ou d'un diplôme

de l'enseignement primaire seulement ont affirmé avoir fait effectuer un tel examen, contre 80% des femmes disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur. 36% des femmes de 15 ans et plus déclarent avoir subi, pendant les deux dernières années, une **mammographie**. Dans le groupe cible spécifique de la détection précoce du cancer du sein (50 à 69 ans), ce pourcentage était de 71%. Ici aussi, des différences ont été constatées en fonction du niveau d'instruction.

4. accessibilité, utilisation, coûts des soins de santé

En comparaison avec les douze autres pays membres de l'UE pour lesquels des données UE-SILC ont été collectées en 2004, le pourcentage des personnes de 16 ans et plus qui déclarent, en Belgique, **avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, d'un examen ou d'un traitement médical mais ne pas l'avoir reçu** reste limité à 1,8%. Ce pourcentage est plus élevé lorsqu'il s'agit d'examen dentaires, où il s'approche des 4%. La Belgique se situe, sur ce point, parmi les meilleurs pays membres. Il n'y a pas de différences marquées entre hommes et femmes. Ce sont le groupe d'âge entre 45 et 54 ans, les isolés et les familles monoparentales qui sont les plus vulnérables, de même que les chômeurs dont 10 % ont raté des soins médicaux et 23 % des soins dentaires. Quant aux examens et aux soins dentaires, on constate une nette différence en fonction du niveau d'éducation : 30% des personnes ne disposant tout au plus que d'un diplôme de l'enseignement primaire ont dû renoncer à un traitement dentaire, contre un peu plus de 10 % des titulaires d'un diplôme post-secondaire. Parmi les raisons de la non satisfaction des besoins en examens et traitements médicaux, les considérations financières dominent (plus de 60 %). Quant aux soins dentaires, les considérations financières sont également importantes (45%), mais d'autres raisons jouent également un rôle (peur du dentiste, manque de temps...) ⁴⁸.

Concernant l'accessibilité des soins médicaux, il importe de vérifier dans quelle mesure la population est couverte par une assurance soins de santé, et quel est le poids des dépenses pour soins médicaux dans le budget du ménage.

Selon des statistiques administratives, **la couverture de l'assurance publique et obligatoire pour soins de santé** est quasiment totale en Belgique : 99 % pour les 'thérapies lourdes'. Pour les 'petits risques', le pourcentage de couverture est plus bas : 94 %. Cela est dû au fait que les indépendants, dans le cadre de leur statut de sécurité sociale, n'étaient pas assurés obligatoirement contre ces 'petits risques'. A partir du 1/7/2006, cette assurance devient progressivement obligatoire pour eux aussi. Il se pose encore des problèmes pour ceux qui, dans le cadre du régime des 'personnes non protégées' ne satisfont pas aux obligations administratives. Des personnes résidant en Belgique sans permis de séjour valable ont droit à l'assistance médicale urgente. Il semblerait cependant que la procédure administrative à respecter pour bénéficier de ce droit dans la pratique constitue un seuil trop élevé. Pour les personnes à revenus plutôt faibles, le fait qu'il faut avancer les frais entraînés par les

⁴⁸ Dans le cadre de l'Enquête Santé belge, l'évaluation des besoins en soins de santé non satisfaits se déroule d'une manière différente que dans le cadre de l'UE-SILC. Ainsi, dans le cas de l'UE-SILC, on interroge des personnes individuelles, alors que lors de l'Enquête Santé c'est la personne de référence qui répond pour le ménage. Dans l'UE-SILC on interroge sur les besoins non satisfaits en matière d'examen ou de traitements médicaux ou dentaires; dans l'Enquête Santé on interroge séparément sur les sortes suivantes de soins de santé : soins médicaux et opérations, soins dentaires, médicaments prescrits, lunettes, soins mentaux (psychologue ou psychiatre p.ex.). Dans ce contexte, un ménage qui a dû reporter sa consommation médicale est donc un ménage qui a dû reporter au moins un de ces cinq types de soins. En se basant sur l'Enquête Santé de 2004, on peut constater que 10 % des ménages ont dû remettre des soins. Dans l'UE-SILC il s'agit de besoins non satisfaits pour des raisons diverses. Dans l'Enquête Santé, on vise uniquement la remise à plus tard ou à jamais pour des motifs financiers.

soins médicaux, quitte à être remboursés plus tard, poserait problème.

Tous les frais de soins de santé ne sont pas remboursés. Il est difficile d'évaluer les **dépenses pour soins de santé** par rapport aux revenus des ménages au moyen d'une enquête. Une attention particulière doit être accordée à la définition précise de la notion de dépenses pour soins de santé. Idéalement, on devrait pouvoir se faire une idée des frais sur une période plus longue et tenir compte des remboursements. Dans la récente Enquête Santé, on a posé des questions sur les dépenses médicales du mois écoulé et on n'a pas tenu compte des remboursements.. Les dépenses de santé moyennes mesurées dans le cadre de l'Enquête Santé sont restées constantes sur trois années repères (1997, 2001 et 2004) : environ 6 % du budget du ménage. La quote-part des dépenses de santé augmente nettement avec l'âge de la personne de référence du ménage⁴⁹ (2% du budget du ménage lorsqu'il s'agit d'une personne de référence très jeune jusqu'à 13% dans le cas d'une personne de référence de 75 ans et plus). Comme il fallait s'y attendre, la quote-part du budget du ménage aux revenus les plus élevés est nettement moindre (3%) que dans le ménage le plus bas (14%).

Lorsqu'on vérifie **comment la charge des frais des soins de santé sur les revenus du ménage est ressentie subjectivement**, on constate que 29% de tous les ménages affirment que leurs propres frais pour soins de santé sont (très) lourds à supporter. Ce pourcentage diminue au fil des différentes vagues de l'Enquête Santé (33% en 1997 et 30% en 2001). Les ménages dont la personne de référence est une femme (40%) ressentent leurs propres dépenses comme une charge plus lourde que les ménages dont la personne de référence est un homme (25%). On constate d'importantes différences en fonction du niveau d'instruction (niveau d'instruction le plus élevé du ménage) et du niveau des revenus du ménage. Plus que la moitié (51%) des ménages à bas niveau d'instruction estime que la charge est (très) lourde à porter, contre 14% des ménages à haut niveau d'instruction. Quant au niveau des revenus, les pourcentages correspondants sont de 56% pour le niveau de revenus le plus bas et de 9% du niveau de revenus le plus élevé. Dans ce contexte, les ménages monoparentaux sont particulièrement vulnérables (47%).

Le manque d'**offre en matière de soins de santé** est à peine cité dans l'enquête SILC comme cause de la non satisfaction d'un besoin d'examen ou de traitement médical. Presque personne ne mentionne des listes d'attente. Quelques indicateurs européens communs démontrent que la Belgique se caractérise, sur un plan comparatif international, par une offre relativement élevée en médecins, une offre en personnel infirmier et en sages-femmes située au-dessous de la moyenne et un nombre moyen de lits pour les soins urgents.

Le **nombre de médecins actifs par 100.000 habitants** était de 394 en 2003. Il s'agit d'un chiffre relativement élevé. Dans l'UE, le chiffre le plus bas (216) a été noté au Royaume-Uni, le plus élevé (454) en Grèce (chiffres de 2001). En outre, on décomptait en Belgique, en 2003, 563 **infirmiers, infirmières et sages-femmes par 100.000 habitants**. Sur un plan comparatif international, il s'agit d'un chiffre inférieur à la moyenne. Le nombre le plus bas en 2002 a été recensé en, Slovaquie (166), le plus élevé en Irlande (1488). En 2001, on comptait en Belgique 499 **lits disponibles pour des soins médicaux d'urgence par 100.000 habitants**. La Belgique occupait ainsi une position moyenne au sein de l'UE (Finlande et Suède 235, Allemagne et Slovaquie plus de 670). Notamment en raison des dimensions réduites du territoire belge, il ne se pose pas de problèmes quant à la répartition géographique de l'offre.

⁴⁹ La personne du ménage qui a fourni les informations demandées au niveau du ménage. En principe, on estime que cette personne est le mieux à même de fournir ces informations.

Quant à la **consommation médicale**, il ne semble pas ou peu être question de différences significatives entre les niveaux d'instruction. Ce n'est que pour un certain nombre d'indicateurs spécifiques que des différences significatives peuvent être constatées. Les personnes d'un bas niveau d'instruction (pas de diplôme ou diplôme de l'enseignement primaire) ont en moyenne plus de contacts avec le médecin de famille et il s'agit le plus souvent de visites à domicile plutôt que de consultations au cabinet. Les personnes d'un bas niveau d'instruction se rendent également moins souvent directement chez un spécialiste.. Les personnes d'un niveau d'instruction plus élevé se rendent plus souvent chez le spécialiste. Les soins dentaires caractérisent l'influence du niveau socio-économique. Le nombre de personnes ayant eu, au cours de l'année écoulée, des contacts avec un dentiste augmente nettement avec le niveau d'instruction (personnes d'un bas niveau d'instruction (pas de diplôme ou diplôme de l'enseignement primaire) 34 % ; les mieux instruits 56 %).

Quant à l'utilisation de médicaments prescrits, des contrôles par âge ou par sexe n'ont pas relevé de différences sensibles selon le niveau d'instruction. Il est vrai cependant que les personnes d'un niveau d'instruction plus élevé utilisent plus souvent des médicaments non prescrits.

L'utilisation **de soins de longue durée** a fort évolué ces dernières années, tant en ce qui concerne les admissions dans des institutions que les soins à domicile.

Quant aux **soins résidentiels**, on constate entre 1995 et 2005 une augmentation d'environ 20% du nombre de personnes admises dans des institutions de repos et de soins ou dans des maisons de retraite pour personnes âgées : d'environ 91.000 au 1/1/1995 à environ 118.000 au 31/3/2005⁵⁰. De ces 118.000 personnes résidant dans une maison de retraite pour personnes âgées, environ 70% sont plus âgées que 80 ans. En 1995, ce pourcentage s'élevait encore à environ 60%. 39% des personnes admises résident dans des institutions de repos et de soins, ce qui signifie qu'elles sont assez fortement dépendantes. En 1995, il s'agissait encore de 20 %. En 1995, 90% des résidents des institutions de repos étaient plus âgés que 80 ans ; en 2005, ce chiffre s'élevait à 75 %, ce qui signifie peut-être que les groupes les plus âgés de la population vieillissent, en quelque sorte, en meilleure santé.

En Flandre, les **soins à domicile** ont connu un développement remarquable. Depuis 1990, le nombre d'utilisateurs de soins à domicile a augmenté d'un peu moins de 45 100 à plus de 70.000, soit un accroissement de plus de 55% en 15 ans de temps. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure cette évolution est la conséquence d'une politique visant à inciter les gens à se faire soigner autant que possible à domicile, avant de les transférer vers des institutions (coûteuses), ou si elle est la suite d'une évolution des besoins, allant de pair avec une extension de l'offre de soins.

Les listes d'attente existant pour l'admission dans une maison de repos prouvent cependant qu'il existe encore un besoin réel pour ces services, auquel l'offre actuelle n'est pas en mesure de satisfaire totalement.

5. Qualité des soins de santé

Une manière simple pour juger de la qualité consiste à se baser sur l'évaluation du système des soins de santé par la population. Un sondage Eurobaromètre récent révèle que la population est satisfaite du système belge des soins de santé. En 2005, 92% des personnes interrogées déclaraient être très satisfaits ou plutôt satisfaits du système. C'est le pourcentage le plus élevé parmi les pays membres de l'UE. La moyenne des pays de l'UE25 atteignait 61%, celle de l'UE15 64%.

⁵⁰ Chiffres en provenance de l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (INAMI).

La façon dont on veut, en Belgique, promouvoir la qualité dans le secteur des hôpitaux consiste à mettre à disposition des données comparatives, destinées à permettre aux différents hôpitaux de comparer leurs propres performances avec celles des autres. Divers aspects peuvent être abordés : les performances cliniques, les performances financières, la capacité, l'innovation et l'attention accordée au patient. Un système de « feedback » multidimensionnel et intégré de données hospitalières administratives se trouve actuellement dans un stade exploratoire.

Les premières analyses des données hospitalières administratives, relatives au nombre de césariennes chez de accouchées à bas risque ainsi qu'à l'ablation de la vésicule biliaire par laparoscopie (cholécystectomie laparoscopique) laissent entrevoir d'importantes différences entre les pratiques des différents hôpitaux⁵¹. Un recours fréquent à la césarienne chez de accouchées à bas risque peut indiquer une utilisation excessive de ce type d'intervention.. La cholécystectomie laparoscopique peut être considérée comme une technique qualitativement meilleure par rapport à une cholécystectomie ouverte (intervention opératoire classique) en raison du plus faible degré de mortalité, de la durée réduite de l'opération, d'un rétablissement plus rapide, d'une moindre douleur post-opératoire et d'un séjour plus court à l'hôpital. Un rapportage régulier doit permettre aux hôpitaux de se positionner eux-mêmes et de tirer leurs propres conclusions en ce qui concerne leurs pratiques. Un autre domaine actuellement sous revue est le comportement en matière de prescription d'antibiotiques.

6. Soutenabilité financière à long terme des dépenses pour les soins de santé et les soins de longue durée

Par comparaison avec les autres pays membres de l'UE, on investit relativement beaucoup dans les soins de santé en Belgique. En 2002, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour tous les pays membres de l'UE, on a consacré en Belgique, à pouvoir d'achat égal, 2.607 US dollar **par personne aux soins de santé** (méthodologie SEC95). C'est sensiblement plus que la moyenne UE, qui est de 2.198 USD. La Belgique occupe ainsi la sixième place, après le Luxembourg, l'Allemagne, le Pays-Bas, la France et le Danemark. C'est dans les pays baltes qu'on dépense le moins (entre 625 et 450 USD).

Exprimées en pourcentages du **produit intérieur brut (PIB)**, les dépenses de la Belgique sont relativement élevées. Avec 9,1%, la Belgique occupait en 2002 la septième place parmi les pays membres de l'UE . La moyenne de l'UE était de 8,7%. Au fil des ans, on constate, comme dans la plupart des pays membres de l'UE, une tendance claire vers une augmentation de la quote-part des richesses nationales consacrées à la santé. En 1970 on dépensait 4% seulement, en 1980 6,4% et en 1990 7,4% pour les soins de santé. Depuis 1996, environ 70% de ces dépenses viennent du secteur public (sécurité sociale et diverses autorités). La quote-part des dépenses purement "out-of-pocket" (dépenses financées directement par les ménages eux-mêmes) dans les dépenses totales a, selon certains indices, sensiblement baissé au cours des dernières années (de plus de 24% dans les années 1998-2000 à moins de 22% dans les années 2003 et 2004). Cette diminution peut probablement être attribuée à l'introduction du MAF (maximum à facturer).

Etant donné qu'en même temps la quote-part du financement privé des soins de santé (donc y compris les assurances complémentaires privées) reste relativement constante

⁵¹ Voir: DG Organisation des provisions en matière de soins de santé – Feedback multidimensionnel et intégré des données administratives hospitalières. Phase exploratoire. Avril 2006, 74 p. D'autres interventions ont également été recensées (infarctus du myocarde, fractures de la hanche, pneumonies (community acquired)).

(environ 30% des dépenses de santé totales), on peut affirmer que la diffusion des assurances-santé privées se poursuit.

Les dépenses totales prises en considération dans ce contexte divergent légèrement des résultats des comptes-santé ("Health accounts") pour la Belgique, qui ne sont disponibles actuellement que pour 2003. Selon cette méthodologie (dite SHA, développée par l'OCDE en 2000), les dépenses de santé atteignaient en Belgique, en 2003, environ. 9,9 % du PIB.

Dans son dernier rapport (mai 2006), le Comité d'étude sur le vieillissement estime que, **pendant la période de 2005 à 2050, le coût budgétaire des soins de santé** augmentera de 7,1% à 10,8% du PIB (+ 3,7 ppt)⁵². Cette projection tient compte, tant de facteurs démographiques (effet de volume et effet du vieillissement) que de facteurs non démographiques (en fonction du revenu par tête). Une projection séparée a été établie par type de soins : soins ponctuels et soins de longue durée. Pour les soins ponctuels, le Comité d'étude s'attend à un accroissement de 6,2 % à 8,6% du PIB (+ 2,4 ppt.). Les dépenses pour les soins de longue durée augmenteraient de 0,9% à 2,2% du PIB (+1,3 ppt.).

Le Groupe de travail sur le vieillissement du Comité européen de la Politique économique, qui avait déjà effectué une étude comparative similaire sur le plan européen s'attend à un accroissement moindre des dépenses⁵³. Pendant la période de 2004 à 2050, les dépenses publiques pour les soins de santé augmenteraient de 7,1% à 9,5% du PIB (+2,4 ppt.). Pour les soins ponctuels, on s'attend à un accroissement de 6,2 % à 7,6% du PIB (+ 1,4 ppt.). Les dépenses pour les soins de longue durée augmenteraient de 0,9% à 1,9% du PIB (+1 ppt.). Dans le cadre d'une comparaison européenne, l'augmentation attendue des dépenses pour les soins ponctuels serait, en Belgique, inférieure à la moyenne (UE25 = +1,6 ppt.), alors que l'accroissement attendu des dépenses pour les soins de longue durée serait plus élevée que la moyenne is (UE25 = +0,6 ppt.).

Les différences entre ces deux projections s'expliquent en partie par le point de départ plus pessimiste du Comité d'étude quant à l'état de santé futur de la population⁵⁴. Le Comité d'étude considère comme constant dans le temps le profil des dépenses par tête d'habitant de l'année de base. Etant donné l'allongement attendu de l'espérance de vie, ce point de vue indique qu'on part de l'hypothèse d'un plus grand nombre d'années passées en mauvaise santé. L'OMS part d'une hypothèse plus optimiste selon laquelle il est question d'une certaine amélioration de la santé des personnes âgées à un âge donné. L'impact démographique du vieillissement est donc moins important dans le cas des estimations de l'OMS. Concernant les facteurs non démographiques également, le Comité d'étude part d'hypothèses plus pessimistes que l'OMS. Il part en effet d'une plus grande élasticité en matière de revenus et présuppose une plus grande influence de l'accroissement des revenus par tête d'habitant sur les dépenses publiques de santé.

⁵² Voir Conseil supérieur des Finances, Comité d'étude sur le vieillissement, Rapport annuel. Mai 2006. Ce pourcentage diffère dans une certaine mesure de celui mentionné plus haut parce qu'on a utilisé des concepts différents en matière de dépenses de santé.

⁵³ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). In: European Economy. Special Report n° 1/2006.

⁵⁴ Pour une comparaison détaillée des deux projections, voir Conseil supérieur des Finances, Comité d'étude sur le vieillissement, Rapport annuel. Mai 2006, . p. 91-111.