

Protection sociale et pauvreté

CONTRIBUTION AU DÉBAT ET À L'ACTION POLITIQUES

RAPPORT BISANNUEL 2012-2013

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ,
LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE



Protection sociale et pauvreté

CONTRIBUTION AU DÉBAT ET À L'ACTION POLITIQUES

RAPPORT BISANNUEL 2012-2013

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ,
LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	6
Récit de vie 1	8
I. Questions transversales	10
Introduction	11
1. Protection sociale, droits fondamentaux et pauvreté	15
2. La protection sociale sous pression	15
2.1. Une vision changeante de la protection sociale	15
2.2. Pauvreté et inégalité sociale avant les transferts sociaux	16
2.3. Développements sociétaux	17
2.4. Financement de la sécurité sociale	18
3. Tension entre sécurité sociale et assistance sociale	18
3.1. Conditionnalité et activation	18
3.2. Vers plus d'assistance sociale dans la sécurité sociale	21
3.3. Un accès plus large à la sécurité sociale ?	21
3.4. Accès à l'assistance sociale	22
3.5. Accès à la sécurité sociale des indépendants	23
4. Statut cohabitant	23
4.1. Revenu d'intégration	24
4.2. Chômage	25
4.3. Pénalisation de la solidarité	26
4.4. Living apart together ?	26
4.5. Coûts et bénéfices du statut	26
5. Passage d'un statut à un autre	26
6. Non-recours aux droits	27
Récit de vie 2	28
II. Protection sociale pour les personnes sans emploi	30
Introduction	31
1. Éléments de précarisation des travailleurs	31
2. Pauvreté des travailleurs	33
2.1. Pauvreté parmi les travailleurs salariés	33
2.2. Pauvreté parmi les indépendants	37
3. Assurance chômage	38
3.1. Allocations de chômage sur la base du travail	39
3.2. Allocations de chômage sur la base des études	48

4. Revenu d'intégration.....	50
4.1. Montant du revenu d'intégration.....	51
4.2. Attribution du revenu d'intégration	51
5. Assurance en cas de faillite.....	54
Recommandations	56
Liste des participants	59

Récit de vie 3.....	60
----------------------------	-----------

III. Protection sociale pour les personnes malades ou handicapées	62
--	-----------

Introduction.....	63
1. Pauvreté et santé.....	63
1.1. La maladie rend pauvre – la pauvreté rend malade	63
1.2. Droit à la protection de la santé	69
2. Remboursement des soins de santé.....	70
2.1. Universalité et sélectivité.....	70
2.2. Corrections sociales.....	71
2.3. Limites et conditions de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.....	75
3. Indemnités en cas d'incapacité de travail.....	78
3.1. Augmentation du nombre d'ayants droit aux indemnités.....	78
3.2. Insuffisance des indemnités	79
3.3. Réorientation vers l'emploi	80
4. Assistance sociale	84
4.1. Allocations aux personnes handicapées.....	85
4.2. Accès aux droits.....	87
4.3. Intervention du CPAS dans les frais médicaux	87
4.4. Aide Médicale Urgente	90
Recommandations	91
Liste des participants	94

Récit de vie 4	95
-----------------------------	-----------

IV. Protection sociale pour les pensionnés et futurs pensionnés	96
--	-----------

Introduction.....	97
1. Pauvreté chez les personnes âgées.....	97
1.1. La pauvreté des personnes âgées selon les indicateurs de pauvreté.....	97
1.2. Parcours de vie et pauvreté.....	99
2. Évolutions des pensions et impact sur la pauvreté	100
2.1. Défi du vieillissement.....	100
2.2. Premier pilier : pensions légales	103
2.3. Deuxième et troisième piliers	107
3. Assistance sociale : Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)	108
Recommandations	110
Liste des participants	113

Récit de vie 5	114
-----------------------------	-----

V. Protection sociale pour les enfants et leur famille	116
---	-----

Introduction.....	117
1. Principes de base	117
1.1. <i>Solidarité horizontale</i>	118
1.2. <i>Solidarité verticale</i>	118
1.3. <i>Prestations familiales garanties</i>	119
2. Les allocations familiales au regard de situations de pauvreté	119
2.1. <i>Accès aux droits : mesures positives</i>	120
2.2. <i>Accès aux droits : obstacles</i>	121
2.3. <i>Placement d'enfants</i>	122
2.4. <i>Période de transition, à l'approche de la majorité</i>	123
3. Les allocations familiales et la lutte contre la pauvreté	124
3.1. <i>Politique intégrée</i>	124
3.2. <i>Universalité et sélectivité</i>	125
3.3. <i>Allocations familiales de base et suppléments</i>	126
Recommandations	127
Liste des participants	128

Récit de vie 6	129
-----------------------------	-----

En guise de conclusion	130
-------------------------------------	-----

ANNEXES	133
----------------------	-----

1. Liste des personnes et organisations impliquées dans l'élaboration du Rapport.....	134
2. Accord de coopération entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté.....	137

INTRODUCTION

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (Service) publie cette année son septième rapport bisannuel. Il contribue, comme les précédents, à l'évaluation de l'exercice effectif des droits fondamentaux mis à l'épreuve par la pauvreté. Il formule aussi des recommandations aux autorités publiques afin de restaurer les conditions de leur exercice. Telle est en effet la mission légale du Service¹.

Le rapport est consacré cette fois au droit fondamental à la protection sociale, à savoir la sécurité sociale et l'assistance sociale. Le choix de cette thématique a très vite fait l'unanimité parmi les membres de la Commission d'accompagnement du Service. « *La sécurité sociale est prioritaire pour le maintien de la cohésion sociale, pour la prévention de la précarité, de la pauvreté et des inégalités sociales et pour l'émancipation de l'être humain* »². Il a été souvent souligné que c'est grâce à son système de protection sociale que la Belgique a pu limiter, plus que d'autres Etats membres de l'Union européenne, les effets de la crise. C'est vrai mais force est de constater aussi qu'elle ne protège pas tout le monde de la même façon et que les évolutions récentes – transfert des allocations familiales, dégressivité du chômage, réforme des pensions – suscitent beaucoup d'inquiétudes.

Le rapport a été rédigé avec des acteurs très divers : des personnes pauvres et leurs associations, des intervenants sociaux de services publics et privés, des représentants des partenaires sociaux, de mutualités, d'administrations, d'institutions publiques de sécurité sociale, ... La thématique a mobilisé beaucoup de monde³. La démarche aussi, inédite pour beaucoup de participants, a été fort appréciée : partir des réalités vécues par des personnes qui vivent dans la pauvreté ou la précarité, analyser les dysfonctionnements dont elles témoignent et formuler ensemble des recommandations. Et prendre pour cela le temps : de très nombreuses rencontres ont été organisées durant

un an et demi, 3 réunions plénières et 20 réunions thématiques. Pour chacune d'elles, un compte rendu très complet a été rédigé afin de permettre à chacun de vérifier si sa contribution avait été bien comprise et de préparer la réunion suivante avec d'autres, si souhaité. Les citations qui figurent dans le rapport, en italique, sans mention de la source, correspondent à des interventions faites durant les rencontres et à des extraits d'interviews que nous avons menées.

La protection sociale est une matière complexe. Il a été nécessaire d'organiser des moments d'information sur certains aspects techniques au cours des rencontres, de façon à ce que chacun des participants puissent réellement participer aux échanges. Une telle démarche était nécessaire aussi pour pouvoir situer le vécu des uns et des autres dans le contexte réglementaire, au risque sinon de présenter un rapport que les responsables politiques et les partenaires sociaux pourraient difficilement s'approprier. Or, l'objectif est bien de contribuer au débat et à l'action politiques. Nous avons pu compter, pour aborder les aspects techniques, sur les compétences des administrations concernées, en particulier le SPF Sécurité sociale et le SPP Intégration sociale ainsi que des institutions publiques de la sécurité sociale.

Des rencontres spécifiques ont été organisées, relatives à la protection sociale pour les personnes sans emploi, les personnes malades et handicapées, les personnes pensionnées ainsi que les enfants et leur famille dont il est rendu compte dans les chapitres deux à cinq. Des rencontres plénières ont aussi été organisées, qui ont permis d'identifier des questions transversales ; elles sont présentées dans le premier chapitre.

Pour pallier les inconvénients de cette approche fragmentée, nous avons mené une trentaine d'entretiens avec des personnes qui vivent dans la pauvreté ou la précarité et organisé un groupe focus avec des intervenants de divers secteurs. Les récits que nous avons recueillis lors de ces interviews l'ont confirmé : ces personnes doivent généralement faire face à plusieurs problèmes à la fois ; une protection sociale insuffisante dans un domaine provoque une fragilisation d'autres mécanismes de protection ; les passages d'un statut à

1 Voir annexe 2 : Accord de coopération entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté.

2 Considérant du texte de l'accord de coopération.

3 Voir liste des participants en annexe.

un autre sont des moments où la protection sociale est mise à mal. Nous avons choisi d'insérer entre chaque chapitre un de ces récits de vie, afin de nous rappeler la multi-dimensionnalité de la pauvreté, moins visible dans les chapitres thématiques.

Nous avons également eu l'occasion de travailler davantage qu'avant avec des acteurs concernés en Communauté germanophone. Une journée a été co-organisée à Eupen, le 26 avril 2013, par le ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales et le Service : celui-ci y a présenté l'état de ses travaux, et animé des ateliers sur les différentes thématiques abordées au cours des concertations.

L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes a répondu positivement à la demande du Service de relire l'entièreté du projet de Rapport, sous l'angle de l'égalité des genres. Cette lecture est particulièrement importante lorsqu'on évoque la protection sociale. La loi du 12 janvier 2007 impose d'intégrer la dimension de genre dans le contenu des politiques publiques définies au niveau fédéral belge (le *gender mainstreaming*). L'Institut a été désigné pour accompagner ce processus.

Le département migrations du Centre pour l'égalité des chances a également attiré l'attention sur les questions qui se posent de manière plus spécifique pour les migrants.

Nous vous souhaitons une fructueuse lecture !

Récit de vie I

Recueilli le 5 avril 2013

Un homme de trente-trois ans, souffrant de problèmes physiques et psychiques, vit seul dans la région du Luxembourg.

Cet homme de trente-trois ans a toujours vécu dans une situation précaire ; son père était indépendant dans le milieu forestier et sa mère ne percevait qu'une allocation minimale. Dès ses 18 ans, il est aidé par le CPAS pour poursuivre ses études. Il passe ensuite au chômage mais souffrant de problèmes psychiques et physiques, il est orienté vers la 'Vierge noire' où la « *reconnaissance de 66 % de handicap me donnait à peu près l'équivalent du minimex [...] Et les points d'autonomie, qui étaient juste le minimum pour avoir une rétribution me permettaient de gagner à l'époque, je vais dire, € 70 en plus que le minimex* ». Il a le statut BIM.

Ses problèmes psychologiques et physiques le font douter de ses chances de trouver un emploi, même en entreprise de travail adapté (ETA), et de manière générale, de pouvoir améliorer sa situation. « *Même les ateliers protégés, à la limite, j'y rentrerais pas parce que là... il y a un manque de place [...]. Les ETA ou les trucs dans ce genre-là, même ça je sais pas si je pourrais.* »

Il qualifie l'aide sociale de 'symbolique' et estime que, sans l'argent mis de côté pendant son enfance, il serait à la rue. « *Si on n'a pas quelque chose avant la vie d'adulte, si on n'a pas la chance d'avoir un petit peu de côté, ça ne sert à rien. Les aides sociales, elles sont là, elles existent, mais vu le prix des choses actuellement, c'est plus symbolique qu'autre chose.* » Il suit des formations rémunérées et effectue des petits jobs « *pour dire que de temps en temps, je pouvais manger autre chose que des pâtes et du riz quoi. [...] J'aurais jamais su tenir avec ce qu'ils me donnaient [...]. Donc j'ai pris énormément de poids à cause de ça et à cause des médicaments.* »

Sans espoir d'une amélioration de son état de santé, il s'interroge sur ses possibilités d'avenir. « *J'ai 33 ans, donc je serais condamné à vivre pendant 40 ans dans une chambre en étant pauvre et tout. C'est ça qu'on appelle laisser vivre les gens en dignité humaine ?* » Il détaille de nombreuses difficultés liées à sa situation, dont le stress de vivre dans la pauvreté, une alimentation peu équilibrée, l'accès au logement, le coût de l'énergie même au tarif social, le manque de moyens pour avoir une vie sociale et des loisirs etc. Le fait d'habiter dans une région mal desservie par les transports publics et « *où il n'y a même pas un petit magasin de proximité* » complique encore sa situation.

Il estime également que le passage au taux cohabitant décourage toute vie de couple. « *On a fait la connerie de quand-même vouloir cohabiter, de vouloir avoir une vie normale et digne, de couple [...] chacun perdait plus ou moins € 400. Et nerveusement, vivre dans la précarité tout le temps, c'est impossible. on se disputait rien qu'à cause des factures [...]. L'aspect financier entre autres choses a rempli mon couple et maintenant, conclusion de tout ça, tout ce que je sais c'est que je ne pourrai jamais me mettre en couple officiellement rien que parce qu'à la Vierge Noire, il y le taux cohabitant [...], on est incité à rester isolé.* »

Selon lui, les possibilités de recours sont essentiellement théoriques. « *C'est pas pensable.*

En théorie, j'ai le droit de me plaindre au tribunal du travail, en pratique, j'ai pas les moyens, que ce soit médical, financier, nerveux ou autre de le faire. »

Depuis 2009, il a pu trouver un emploi à mi-temps au sein d'une ASBL qui lui rapporte plus ou moins 900 euros. Même si ce travail ne lui permet pas de gagner beaucoup d'argent, il s'estime néanmoins chanceux d'avoir été engagé vu les difficultés qui sont les siennes. « *De la cinquantaine de personnes que je côtoie atteintes mentalement, au moins, je suis le seul à avoir un emploi rémunéré.* » Il complète ce revenu par des indemnités de la 'Vierge Noire' de plus ou moins 250 euros.

I. QUESTIONS TRANSVERSALES

Les personnes pauvres expérimentent leurs conditions de vie comme une injustice. Elles attendent de la sécurité sociale et de l'assistance sociale une réelle protection contre la pauvreté. En Belgique, la protection sociale joue effectivement un rôle essentiel à cet égard mais de nombreux acteurs de terrain constatent que la pauvreté continue à augmenter tout comme les inégalités sociales et le système est toujours davantage sous pression. Durant la concertation, plusieurs questions ont été évoquées, qui constituent autant de défis pour la protection sociale. En voici quelques-unes parmi d'autres, qui invitent à la réflexion. Quel sens donner à la distinction entre sécurité sociale et assistance sociale, lorsque la notion de besoin s'introduit dans la sécurité sociale ? Le statut cohabitant est-il équitable ? Quel est l'impact de la multiplication des statuts ? Quelles sont les raisons de la sous-protection des personnes les plus vulnérables et les pistes pour y remédier ?

Introduction

Dans ce chapitre, nous abordons les questions qui, comme cela est apparu lors des réunions en concertation, constituent des défis importants pour plusieurs régimes de protection sociale ou pour le système dans son ensemble. Les participants à la concertation ont souligné avant tout que le droit fondamental à la sécurité sociale était pour eux un élément essentiel dans la lutte contre la pauvreté (1).

Un deuxième point est consacré aux facteurs qui mettent aujourd'hui la sécurité sociale sous pression : le changement du discours sur la protection sociale, sous l'influence de la politique de l'UE (2.1), le creusement des inégalités dans différents domaines de la vie sociale (2.2), des évolutions sociétales, le vieillissement de la population et les nouvelles compositions familiales (2.3). Ces évolutions ont pour effet de mettre à l'avant-plan la question du financement de la sécurité sociale (2.4).

La tension entre sécurité sociale et assistance sociale est évoquée dans le troisième point. Nous constatons que la tendance à une plus grande conditionnalité et à l'activation laisse des traces dans les deux régimes (3.1). Dans le même temps, les prestations de sécurité sociale sont davantage modulées en fonction de ceux qui en ont vraiment besoin (3.2). Nous nous demandons, avec les personnes en situation de pauvreté, s'il faut élargir l'accès à la sécurité sociale (3.3) et ce que cela implique pour l'accès à l'assistance sociale (3.4). Nous nous penchons aussi brièvement sur l'accès à la sécurité sociale pour les indépendants (3.5).

Une quatrième question transversale concerne le statut de cohabitant. Nous nous penchons, à titre d'illustration, sur le statut de cohabitant au sein de la réglementation du chômage et du revenu d'intégration. Dans les chapitres consacrés à la santé et aux pensions, nous évoquons également l'impact de ce statut sur l'incapacité de travail et les pensions.

Le cinquième point est consacré aux risques que peut comporter le passage d'un statut à un autre pour les personnes en situation de pauvreté (5).

Enfin, nous nous penchons sur le phénomène du non-recours aux droits et sur les diverses raisons qui empêchent des personnes pauvres d'exercer leurs droits aux allocations sociales (6).

Mais au préalable et à la demande des participants à la concertation, nous rappelons brièvement (voir encadré) comment est née la sécurité sociale, quels sont ses objectifs fondamentaux et comment elle a évolué pour donner naissance à l'assistance sociale. Nous toucherons également un mot de la sécurité sociale des indépendants.

Bref aperçu de la protection sociale en Belgique

A. Sécurité sociale pour les travailleurs salariés⁴

a. Deux objectifs de base : garantir une protection minimale et tendre au maintien du niveau de vie

De très nombreuses bases de la sécurité sociale actuelle datent d'avant la Seconde Guerre mondiale. La sécurité sociale ne s'est pas construite spontanément mais est consécutive à la lutte des travailleurs en réponse à la misère sociale et à l'insécurité qui caractérisent alors leurs conditions de travail et de vie. La première assurance sociale obligatoire pour les travailleurs salariés – les allocations familiales – est cependant une initiative des employeurs.

L'Arrêté-loi de 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs annonce la naissance de la sécurité sociale actuelle⁵. Cette réglementation exécute le « *Projet d'accord de solidarité sociale* », conclu la même année entre les représentants des travailleurs et des employeurs. L'assurance soins de santé et indemnités et l'assurance chômage reçoivent alors un caractère totalement obligatoire⁶. Elle unifie le système en désignant l'Office national de sécurité sociale comme unique institution, pour les différentes branches, de perception des cotisations. Cette réglementation établit également que les organisations représentatives des travailleurs et des employeurs gèrent elles-mêmes le système ; c'est ce qu'on appelle la 'gestion paritaire'.

Cet Arrêté-loi s'inspire principalement du modèle de Bismarck. Ce modèle vise à maintenir le niveau de vie des travailleurs – en grande partie des ouvriers à

cette époque – et des membres de leur famille, lorsque surviennent certains risques sociaux. Il s'appuie surtout sur le principe d'assurance, qui représente un des deux piliers de la sécurité sociale. Des revenus de remplacement sont prévus lorsque les revenus tirés du travail font défaut pour diverses raisons (maladie, accident, chômage, grand âge et décès), et des indemnités couvrent certains coûts pesant sur le budget du ménage (coûts des soins médicaux et d'éducation des enfants). Pour pouvoir prétendre à ces prestations, les travailleurs doivent être assurés. C'est le cas s'ils ont suffisamment travaillé avant la survenance du risque social, ayant ainsi payé assez de cotisations ('primes d'assurance'). En effet, ils paient personnellement, ainsi que les employeurs, un certain pourcentage de cotisation sur les salaires bruts : ce sont les 'cotisations sociales'. C'est ainsi que la sécurité sociale est en grande partie financée et que les risques sociaux peuvent être indemnisés.

Le principe d'assurance explique, par exemple, pourquoi en 1944, les indemnités de maladie sont d'emblée liées au salaire : en termes absolus, les revenus plus élevés contribuent davantage ; en calculant les indemnités sur la base du salaire, une indemnité plus élevée leur est attribuée ('indemnisation'). Cependant, la logique pure d'une assurance privée (pas de cotisations élevées, pas d'indemnités élevées ; une cotisation élevée pour un risque élevé) est, dès le départ, tempérée par le principe de solidarité, l'autre grand pilier de la sécurité sociale. Pour cette raison, on parle d'assurances 'sociales' ou 'solidaires'. Chacun paie ainsi le même pourcentage de cotisation, indépendamment du risque encouru (pour une personne faiblement qualifiée sans travail ou en cas de maladie chronique par exemple, le risque n'est pas le même que pour une personne hautement qualifiée ou en bonne santé). Dans le cas des allocations de complément de revenu, il n'existe aucun lien entre la cotisation et l'indemnité : chacun reçoit le même montant fixe en termes d'allocations familiales de base et de remboursement des frais de soins de santé, tandis que les salaires plus élevés paient des cotisations supérieures (car le pourcentage de cotisation est le même, quel que soit le niveau de revenus). Les personnes qui n'exercent aucun travail mais qui peuvent démontrer un lien de parenté ou de fait avec un travailleur, sont assurées conjointement. Dans ce cas, elles ne bénéfi-

4 Cet encadré est basé entre autres sur les sources suivantes : SPF Sécurité sociale (2013). *La sécurité sociale, tout ce que vous avez toujours voulu savoir*. Van Langendonck et al. (2011). *Handboek sociale zekerheidsrecht*, Antwerpen, Intersentia, 888 p. ; Feltesse, Patrick et Pierre Reman (2006). *Comprendre la Sécurité Sociale pour la défendre face à l'Etat social actif*, Bruxelles, Fondation Travail-Université – Formation Éducation Culture ; De Lathouwer, Lieve et al. (2013). *Armoedebestrijding en sociale zekerheid: barsten in een beleidsparadigma*, CSB-Berichten, 10/2013.

5 Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, *Moniteur belge*, 30 décembre 1944.

6 La protection sociale des travailleurs salariés comporte sept branches : les pensions de retraite et de survie, le chômage, l'assurance contre les accidents du travail, l'assurance contre les maladies professionnelles, les prestations familiales, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et les vacances annuelles.

cient pas de droits propres, mais de droits dérivés⁷.

L'Arrêté-loi prévoyait qu'à l'avenir, tout un chacun, salarié, indépendant ou personne dite 'économiquement faible', pourrait adhérer au système. Cela illustre le fait que l'influence du modèle de Beveridge était présente dès le début de la sécurité sociale moderne. Ce modèle se base exclusivement sur le principe de solidarité, l'autre grand pilier de la sécurité sociale. Le but est d'offrir une protection minimale générale à tous les citoyens, et pas seulement à ceux qui ont déjà travaillé suffisamment pour ouvrir leurs droits. Le niveau de protection visé est néanmoins inférieur à celui du modèle de Bismarck et les prestations financières sont forfaitaires de nature.

b. Évolution des objectifs de base

Un certain nombre d'adaptations renforceront encore le principe d'assurance au cours des décennies suivantes. Le calcul des indemnités de pension et de chômage est couplé au salaire. Les montants de pension sont 'revalorisés' de façon à pouvoir suivre la hausse du niveau de vie des salariés et indépendants. Un mécanisme annuel apparaît en 1974 en vue d'adapter la quasi-totalité des indemnités de remplacement et des allocations familiales à l'évolution du bien-être.

Mais c'est surtout le principe de solidarité qui gagne en importance à partir des années 1960. Dès ce moment, l'accès à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et aux allocations familiales est élargi progressivement, même aux personnes n'ayant aucun lien avec le monde du travail ou n'ayant jamais contribué à la sécurité sociale. Cela indique qu'on va graduellement considérer les systèmes de complément de revenus comme des droits universels devant être accessibles à l'ensemble de la population. Pour les indemnités de remplacement, le principe de solidarité ressort notamment de l'introduction de minima et de maxima.

Au milieu des années 1970, l'écèlement de la crise pétrolière met un terme à une longue période de haute conjoncture économique. Cela marque également la fin d'une période au cours de laquelle les principes de

solidarité et d'assurance furent renforcés de manière quasi ininterrompue. La crise mène à une augmentation massive du nombre d'ayants droit aux allocations de chômage. En 1976, l'adaptation annuelle au bien-être pour les prestations de sécurité sociale est appliquée pour la dernière fois. Suite à différentes évolutions, les indemnités de remplacement, et surtout les allocations de chômage, enregistrent ensuite des reculs par rapport au bien-être. La couverture de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités diminue également, notamment via l'augmentation du ticket modérateur. Les prestations minimales sont quelque peu épargnées, mais accusent elles aussi un recul par rapport au bien-être. Quant au principe de solidarité, on s'efforce de le maintenir au moyen de mesures plus sélectives en faveur des faibles revenus ou des personnes à haut risque au regard des soins de santé. Ceci concerne tant les allocations de remplacement que les allocations de complément de revenus.

Sur le plan des indemnités, le nouveau millénaire marque, dans une certaine mesure, un rétablissement du principe assurantiel. Les plafonds salariaux pour le calcul des allocations de chômage et des indemnités de maladie-invalidité des isolés et des cohabitants sont majorés. À nouveau, un mécanisme est mis en place en vue d'assurer le maintien de la liaison au bien-être des prestations sociales, qui concerne également les minimas et les allocations d'assistance sociale. On s'engage de plus en plus dans la voie de la sélectivité (par exemple en augmentant le droit minimum par année de carrière dans le régime des pensions). Les allocataires sont, sous l'influence des mesures d'activation, davantage considérés comme responsables des risques sociaux qu'ils encourent. Ceci se manifeste par des conditions plus strictes d'octroi – en premier lieu – des allocations de chômage. Selon des organisations de terrain, cela affaiblit le caractère d'assurance solidaire de celles-ci, tandis que selon les responsables politiques, cela les consolide. La crise bancaire récente et la crise socioéconomique qui en résulte ont été suivies de mesures d'économie budgétaire. Celles-ci ont favorisé la modifications de plusieurs indemnités de remplacement, ce qui alimente encore le débat sur l'équilibre entre le principe de solidarité et d'assurance dans la sécurité sociale.

7 L'attribution de droits dérivés est conforme à l'idée de Bismarck, qui veut offrir une protection à toute la famille des travailleurs et vise le modèle du soutien économique du ménage, où l'homme est chef de ménage et la femme au foyer.

B. Assistance sociale

Les réglementations d'assistance sociale ont été introduites dans les années 1970⁸. Au sens strict, elles ne relèvent pas de la sécurité sociale ; elles ont été développées parce qu'on avait constaté qu'un très grand nombre de personnes restaient privées de toute forme de protection sociale et vivaient notamment de ce fait dans la pauvreté. Elles sont le meilleur exemple de l'importance croissante du principe de solidarité. Ces allocations d'assistance sociale sont octroyées, sur la base d'une enquête sur les moyens d'existence, uniquement aux personnes ou ménages dont les revenus sont insuffisants ; c'est ce qui les caractérise. Parce que ces allocations sont destinées à l'ensemble de la population et pas uniquement aux travailleurs et à leur famille, il est légitime que l'assistance sociale soit exclusivement financée par des moyens généraux, à savoir les impôts.

Suite à la crise des années 1970, le nombre d'ayants droit au minimum de moyens d'existence a, lui aussi, sensiblement augmenté. Ce chiffre est resté, plus ou moins, au même niveau durant la décennie suivante. À partir des années 1990, sous l'influence de la tendance vers plus d'activation, la conditionnalité croissante a peu à peu concerné également l'assistance sociale pour les jeunes de moins de 25 ans. Cette conditionnalité fut encore renforcée lors du passage de la loi concernant le droit à un minimum de moyens d'existence à la loi concernant le droit à l'intégration sociale en 2002.

C. Sécurité sociale pour les indépendants

La sécurité sociale pour les indépendants ne fut développée que dans les années 1960. Une étape importante fut leur assujettissement à l'assurance obligatoire soins de santé, bien qu'uniquement pour les gros risques. La création du statut social des indépendants en 1967 représenta un tournant majeur⁹. Nous pouvons considérer ce statut comme une concrétisation tant du principe de solidarité que d'assurance : les indépendants bénéficient d'une part, de l'extension de la protection sociale à leur catégorie professionnelle

et de prestations forfaitaires, et d'autre part, ils ont accès au statut sur la base de cotisations ou via des droits dérivés. Le caractère assurantiel est plus faible, car les travailleurs financent pour la plus grande part le système en payant des cotisations alors que dans le régime des travailleurs salariés, tant les employeurs que les travailleurs paient des cotisations. Le choix de rendre leurs cotisations dégressives et plafonnées offre également une marge financière plus faible.

Dans le régime des travailleurs indépendants, tant les principes de solidarité que d'assurance ont été systématiquement améliorés, malgré la mauvaise conjoncture économique des années 1970. À partir de 1984 par exemple, l'enquête sur les moyens d'existence disparaît lors de l'attribution de la pension et les montants de la pension sont calculés sur la base de leurs revenus du travail. On observe, dans ce régime, un mouvement de rattrapage permanent des montants des allocations familiales par rapport aux montants définis pour le régime des travailleurs salariés. Ils sont actuellement pratiquement alignés. À la fin des années 1990, les prestations de l'assurance en cas de faillite sont introduites en tant que nouvelle branche du système. Enfin, depuis 2008, dans le domaine de l'assurance obligatoire soins de santé, les indépendants sont tenus d'être assurés contre les 'petits risques', si bien qu'ils bénéficient maintenant des mêmes remboursements que les salariés. Les indemnités dans les différentes branches ont été augmentées à différentes reprises mais – sauf pour la pension – restent forfaitaires.

8 L'assistance sociale comporte les 'régimes résiduels'. Elle comporte quatre types de prestations : le revenu d'intégration et l'aide sociale, la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), les prestations familiales garanties, les allocations aux personnes handicapées.

9 Leur statut actuel inclut les branches suivantes : la pension de retraite et de survie, les prestations familiales, l'assurance soins de santé et indemnités, les indemnités de maternité et l'assurance en cas de faillite.

1. Protection sociale, droits fondamentaux et pauvreté

Les personnes défavorisées ressentent la pauvreté comme une injustice, comme un déni de leur citoyenneté et de leur dignité humaine, ainsi qu'une atteinte à leurs droits fondamentaux : « *Ce déni de citoyenneté, c'est le sentiment et la position de ne pouvoir contribuer à rien, ne compter pour rien, d'une vie sans intérêt qui n'a pas droit au grand jour de la vie publique ; juste à l'obscurité. L'obscurité, plus que le besoin, est la plaie de la pauvreté. Qu'est-ce qu'être citoyen quand la dignité d'une personne ne peut plus ni s'exprimer, ni être reconnue par les autres ; qu'est-ce qu'être citoyen quand on ne dispose pas d'un logement décent, pas de travail, pas de protection sociale, ni plus généralement d'aucun outil de reconnaissance sociale à sa disposition ?* »¹⁰.

Les participants à la concertation attendent de la protection sociale¹¹ qu'elle fournisse une contribution essentielle dans la lutte contre la pauvreté. Elle doit permettre aux plus vulnérables de s'approcher d'une citoyenneté à part entière. Ce point de vue correspond à l'article 23 de la Constitution belge. Cet article, introduit en 1994, énumère les droits économiques, sociaux et culturels. La première phrase stipule que chacun,

y compris, donc, celui qui vit dans la pauvreté, a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. Les droits fondamentaux qui sont ensuite énumérés, précisent ce qu'une vie conforme à la dignité humaine peut notamment impliquer. Ils s'étendent à différents domaines et répondent ainsi à la conception multidimensionnelle de la pauvreté¹². Un de ces droits concerne la protection sociale : « *le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique* ». Tous les Gouvernements et Parlements ont confirmé cette vision dans l'Accord de coopération relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté¹³. Il stipule à l'article 1 que la politique de lutte contre la pauvreté partira du principe de la réalisation de droits sociaux contenus dans l'article 23 de la Constitution. Dans le préambule de l'Accord de coopération, un lien direct est établi entre la sécurité sociale et la lutte contre la pauvreté : « *la sécurité sociale est prioritaire pour le maintien de la cohésion sociale, pour la prévention de la précarité, de la pauvreté et des inégalités sociales et pour l'émancipation de l'être humain* ».

12 Stroobants, Maxim (2008). « L'Article 23 de la Constitution et la problématique de la pauvreté » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2008). *Pauvreté, Dignité, Droits de l'homme, les dix ans de l'Accord de coopération*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, p. 39-48.

13 Accord de coopération entre l'État fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté, *Moniteur belge*, 16 décembre 1998 et 10 juillet 1999. Le Service de lutte contre la pauvreté fut constitué en tant qu'institution interfédérale suite à cet accord de coopération.

10 ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, p. 394.

11 Dans ce Rapport, nous définissons la protection sociale comme le système comprenant la sécurité sociale et l'assistance sociale.

2. La protection sociale sous pression

2.1. Une vision changeante de la protection sociale

Divers participants ont souligné l'influence d'un changement de discours sur la protection sociale. Avant la crise, on s'accordait à dire que la protection sociale était nécessaire pour protéger la personne de la pauvreté et de l'insécurité d'existence mais aussi pour permettre la croissance économique. Dans les années 1980, au sein d'organisations internationales et de l'Union européenne (UE), des voix de plus en

plus nombreuses se levèrent pour fustiger une sécurité sociale 'trop généreuse', qui peut avoir des conséquences néfastes sur la croissance économique et pour réclamer dès lors une gestion plus efficace et sélective des dépenses sociales. Ce point de vue a également été inspiré par l'augmentation de la concurrence dans une économie globalisée, évoluant rapidement et par la flexibilisation du marché de l'emploi en réponse à cette évolution (voir le chapitre emploi et le point 3). Les indemnités de remplacement sont particulièrement visées : elles décourageraient la recherche d'un travail

et maintiendraient les allocataires dans une culture de la dépendance¹⁴.

Cette nouvelle vision doit être étudiée en lien avec les objectifs que l'Union européenne s'est imposés. Dans ce cadre, les dépenses publiques ne peuvent dépasser certaines normes, tandis que l'intervention de l'État doit être limitée au nécessaire. Nombreux sont ceux qui, au sein de l'UE, plaident pour qu'un tel marché libre et unique aille de pair avec une harmonisation vers le haut d'une politique sociale et fiscale entre les États membres. Cela permettrait d'éviter une concurrence économique mettant en péril les acquis sociaux de ces pays. Si au niveau du droit social, d'importantes réalisations ont vu le jour et si la Stratégie de Lisbonne a amorcé la coordination des politiques de protection sociale, l'harmonisation des politiques sociales au sein de l'Union est encore loin d'être réalisée. Les réponses de l'UE (le semestre européen, le traité budgétaire,...) à la dernière crise ont à nouveau renforcé la vision de la protection sociale qui serait, avant tout, un coût économique.

Avec le récent '*Social Investment Package*', la Commission européenne veut réinscrire la dimension sociale à l'agenda européen¹⁵. Ce 'paquet' regroupe un certain nombre de recommandations politiques (sur la pauvreté des enfants, la mise en œuvre de la stratégie d'inclusion active, les investissements tout au long de la vie, les personnes sans abri, l'écart salarial entre hommes et femmes,...) et d'initiatives (comme l'utilisation des Fonds structurels sociaux) de la Commission. La politique sociale menée dans ces domaines est considérée comme un investissement non seulement social mais aussi économique : elle entraîne des effets de retour sur investissement sous la forme d'une amélioration des compétences des personnes, de meilleures chances d'insertion,... Il est également important de reconnaître que les trois fonctions des systèmes de protection sociale (investissements sociaux, protection sociale et stabilisation de l'économie) se renforcent mutuellement. Mais l'accent qui est mis sur l'efficacité, sur l'activation, sur des services sociaux axés sur certains groupes-cibles ainsi que sur la conditionnalité risque d'affaiblir l'intérêt accordé à la protection sociale

et à des services universels. C'est en contradiction avec la Recommandation sur l'inclusion active, dans laquelle la protection sociale fait partie intégrante des investissements sociaux¹⁶.

2.2. Pauvreté et inégalité sociale avant les transferts sociaux

Au cours de la concertation, on a souligné à de multiples reprises l'accroissement de la pauvreté et des inégalités dans différents domaines. Il en résulte que la protection sociale a plus de difficultés pour limiter la pauvreté et les inégalités au moyen des transferts sociaux qu'elle réalise. Elle reste néanmoins très efficace dans ce domaine : s'il n'y avait pas de prestations sociales (à l'exception des pensions), le seuil de risque de pauvreté ne s'élèverait pas à 15,3 % mais bien à 26,8 % ; et abstraction faite aussi des pensions, il toucherait 42 % de la population¹⁷.

Les participants ont mis en avant plusieurs éléments qui indiquent une augmentation des inégalités sociales. Le chômage qui se maintient à un taux élevé et l'augmentation du nombre d'emplois temporaires et à temps partiel involontaires, au sein desquels les travailleurs plus vulnérables sont surreprésentés, constituent une évolution défavorable. La protection sociale, notamment suite aux mesures d'activation, contribue elle aussi à une plus grande insécurité d'existence (voir le chapitre sur l'emploi et le point 3). Les inégalités de santé persistent aussi (voir le chapitre sur la santé). Quant au logement, le manque de logements sociaux est toujours aussi criant et des familles toujours plus nombreuses n'ont pas les moyens d'accéder au marché locatif privé. Des problèmes en matière d'énergie et d'eau sont de plus en plus souvent constatés ces dix dernières années, ce qui indique que le nombre de personnes confrontées à des dettes d'énergie et d'eau, à des coupures ou des compteurs à budget augmente. Enfin, notons les inégalités persistantes dans le domaine de l'enseignement. Dans ses précédents Rapports bisannuels, le Service a étudié plusieurs de ces thématiques, en concertation avec de multiples acteurs.

L'augmentation des inégalités sociales n'a pas été compensée par une augmentation de l'action redis-

14 Defraigne, Pierre (2010). « La stratégie 2020 et la lutte contre la pauvreté en Europe : Idéal égalitaire contre idéologie néolibérale », *Madariaga Paper*, vol. 3, nr. 2.

15 Commission Européenne (2013). *Communication de la Commission du 20 février 2013 au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, « Investir dans le domaine social en faveur de la croissance et de la cohésion, notamment par l'intermédiaire du Fonds social européen, au cours de la période 2014-2020 »*, COM(2013) 83.

16 EAPN (2013). *EAPN's Response to the Social Investment Package : Will it reduce poverty?* Position paper, juin 2013.

17 Chiffres basés sur l'étude EU-SILC 2011. Voir http://www.luttepauvrete.be/chiffres_nombre_pauvres.htm (tableau 1k).

tributive de la fiscalité. Cela dit, l'effet redistributif de l'impôt des personnes physiques est resté relativement fort, certainement d'un point de vue international, permettant de limiter les inégalités, malgré la légère diminution de cet effet redistributif à la suite de la réforme fiscale de 2000 (qui prévoyait entre autres une suppression des taux d'imposition les plus élevés et une pression fiscale plus faible sur les revenus du travail, en particulier les salaires les plus bas)¹⁸. La part de la fiscalité indirecte (TVA, accises,...), qui creuse les inégalités dans la mesure où elle pèse proportionnellement plus lourd sur les ménages pauvres que sur les ménages aisés, est restée quasiment stable. D'autre part, les pouvoirs publics verraient échapper un volume important de recettes fiscales (à cause de la fraude et de l'évasion fiscale, de certaines sources de revenus qui ne sont pas ou peu taxées...), ce qui permet de dire qu'il y a encore suffisamment de marge pour améliorer l'imposition selon les capacités de chacun¹⁹. Le Gouvernement fédéral a intensifié ces derniers temps la lutte contre la fraude fiscale²⁰.

Enfin, la privatisation de certains services publics ou la baisse de qualité de certains de ceux-ci contribuent aussi aux inégalités. Ces services contribuent indirectement à la redistribution puisque la défense de l'intérêt général et l'accès pour tous aux produits et services de base sont au cœur de leur mission ; il y a beaucoup moins de risque d'écramage ou de discrimination au détriment des groupes de la population les moins favorisés. De plus, pour les citoyens vivant dans la précarité, il est très difficile d'obtenir les informations pertinentes (ou suffisantes) pour pouvoir faire un choix réfléchi parmi les prestataires de services dans les secteurs libéralisés (par exemple celui de l'énergie), alors que ce sont précisément ces personnes qui en ont le plus besoin.

2.3. Développements sociétaux

La protection sociale est mise sous pression à la suite d'une série d'évolutions sociétales ces dernières décen-

nies. Le vieillissement de la population a fait l'objet de discussions intenses, aussi bien lors des concertations consacrées aux pensions que durant les réunions plénières. Il a tout d'abord été souligné que ce phénomène est une conséquence inéluctable des acquis de l'État-providence (donc aussi de la protection sociale) et qu'il faut s'en réjouir. On admet que cela soulève aussi des défis pour le financement futur des pensions mais on estime qu'il ne s'agit pas d'un problème insurmontable : si le taux de dépendance des personnes âgées²¹ augmente, le nombre de jeunes et de personnes en âge de travailler continuera lui aussi à progresser et la part des pensions dans la richesse produite est restée constante au cours des vingt dernières années²². Mais il s'agit aussi de maintenir ces personnes au travail, un problème qui se pose tout particulièrement pour les travailleurs âgés. Ceci exige entre autres des conditions de travail adaptées, faute de quoi un nombre plus important encore de travailleurs âgés risquent à l'avenir de devoir relever du régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Pour ce qui est des personnes en situation de pauvreté, il faut tenir compte du phénomène d'usure prématurée qui les empêche souvent de travailler plus longtemps (voir le chapitre sur les pensions et celui sur la santé).

Le vieillissement entraîne aussi un recours accru aux soins de santé et dans le cadre de la sécurité sociale, davantage de remboursements de soins médicaux. Nous n'avons pas approfondi les possibilités de réduction de ces dépenses mais il va de soi que la demande des participants d'améliorer la prévention, principalement en réduisant les inégalités socioéconomiques, peut y contribuer dans une large mesure.

Il faut aussi mentionner l'évolution de la composition des ménages, en particulier l'augmentation du nombre de familles monoparentales et de personnes isolées. Comme il est de plus en plus indispensable qu'un ménage puisse compter sur deux revenus du travail pour avoir un niveau de vie décent, les ménages à un seul revenu, en particulier quand il y a des enfants, sont devenus une catégorie très vulnérable.

18 Cantillon, Bea et al. (2003). « Les effets de distribution de la réforme de l'impôt des personnes physiques. Résultats de microsimulations », *Cahiers Économiques de Bruxelles*, vol. 46, n° 1. ; Verbist, Gerlinde (2003). « Belastingen en inkomensongelijkheid : België in een internationaal perspectief », *Over.Werk*, n° 3, p. 125-129.

19 Pacolet, Jozef et Tom Strengs (2011). *De kost van fiscale en parafiscale uitgaven en ontwikkeling in België*, Leuven, HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving.

20 Voir par exemple le Plan d'action 2012-2013 du Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale.

21 Le ratio : nombre de personnes âgées (65+)/la population active (16-64 ans).

22 Palsterman, Paul (2009). « Pensions (1) : quel avenir à long terme ? », *Revue Démocratique*.

Enfin, un accompagnement individualisé sur mesure est nécessaire pour aborder de manière adéquate la problématique complexe de nombreuses personnes qui vivent dans la pauvreté : le niveau local est souvent le mieux placé pour offrir cet accompagnement. La solidarité familiale et informelle constitue aussi fréquemment un soutien important lorsque des risques sociaux deviennent réalité. Mais cela ne peut devenir un argument pour transférer la protection contre les risques sociaux vers le niveau local (CPAS) et vers la solidarité familiale ; la protection sociale est la mieux garantie au niveau le plus élevé. Cette tendance existe pourtant (voir le chapitre emploi).

2.4. Financement de la sécurité sociale

Ces pressions accrues sur la protection sociale mettent en évidence la question du financement de la sécurité sociale. À première vue, ce débat est éloigné des réalités quotidiennes des personnes en situation de pauvreté. Mais il est frappant de constater que des associations où les personnes pauvres se reconnaissent ont, dès le Rapport Général sur la Pauvreté, fait le lien entre les conséquences du financement et leur expérience concrète²³.

Cette matière complexe n'a pas été approfondie dans le cadre de la concertation. Un certain nombre d'éléments à

débattre ont néanmoins été pointés :

- une réduction 'préventive' de la pauvreté et des inégalités sociales dans différents domaines de vie aurait pour effet que la sécurité sociale devrait moins intervenir, ce qui allégerait les pressions financières sur ce régime ;
- cette approche préventive pourrait aussi freiner la tendance au développement de la logique de l'assistance sociale dans le régime de sécurité sociale, qui va souvent de pair avec un accroissement des coûts administratifs (voir 3.2) ;
- entre 1980 et 2010, la part des salaires dans la richesse produite (produit intérieur brut) a diminué d'environ 6 % tandis que la part des cotisations sociales des salariés et des employeurs (qui sont prélevées sur les salaires bruts) est restée globalement au même niveau²⁴. On peut donc se demander si d'autres revenus (du capital, du patrimoine,...), qui ont vu augmenter leur part dans le PIB, ne peuvent pas contribuer au régime des salariés ;
- la sécurité sociale des salariés a pris de plus en plus à son compte des dépenses qui ne sont pas uniquement destinées aux salariés (par exemple dans les soins de santé, les allocations familiales garanties), elle couvre les allocations familiales et les dépenses de santé en cas de ménage mixte (salarié et indépendant), elle subventionne dans une large mesure certains dispositifs de mise à l'emploi (comme les titres-service) etc.

23 APRGP - Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté (1996). « Contribution des Associations partenaires concernant la modernisation de la sécurité sociale », *Revue belge de sécurité sociale*, n° 3, p. 512.

24 Feltesse, Patrick et Pierre Reman, *op.cit.*, p. 61-69.

3. Tension entre sécurité sociale et assistance sociale

3.1. Conditionnalité et activation

3.1.1. Conditionnalité et activation dans la sécurité sociale

En vertu du principe assurantiel de la sécurité sociale, les allocataires doivent réduire les risques sociaux qu'ils encourent. C'est pourquoi la réglementation de l'assurance chômage a été dès le début plus ou moins axée sur la promotion de l'emploi. À partir des années 1990, la sécurité sociale s'est vue expressément assigner une fonction d'activation, qui se manifeste surtout dans l'assurance-

chômage par un renforcement des conditions d'accès et d'octroi. La conséquence de cela est une augmentation du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration ou d'une indemnité d'invalidité, mais aussi du nombre de personnes sous-protégées (voir point 6). La dégressivité accrue des montants poursuit également un objectif d'activation (voir le chapitre sur l'emploi). Depuis quelques années, cette tendance s'observe aussi au niveau des indemnités d'incapacité de travail (voir le chapitre sur la santé) tandis que plusieurs mesures prises dans le domaine des pensions visent à inciter les gens à travailler plus longtemps (voir le chapitre sur les pensions).

Les autorités publiques invoquent plusieurs raisons à l'introduction de mesures d'activation :

- pour rendre les droits sociaux de base effectifs et offrir une citoyenneté à part entière. Les allocations de remplacement sont 'passives', c'est-à-dire qu'elles ne mènent pas à la réintégration sociale ; en accompagnant les ayants droit vers l'emploi lorsqu'ils perçoivent leurs allocations, on peut développer leurs capacités et leur émancipation sociale ;
- les allocations de remplacement créeraient un confortable filet de sécurité, favoriseraient un comportement 'irresponsable' ainsi qu'une culture de la dépendance ;
- pour des objectifs macro-économiques et de développement (voir 2.1) ;
- pour consolider le caractère assurantiel des allocations : en contrôlant davantage la disponibilité sur le marché du travail et en y liant plus de conditions, il est plus aisé de déterminer si les allocataires sont eux-mêmes responsables du risque social.

Selon les participants à la concertation, une vision moralisante et disciplinaire du rôle des allocations et des objectifs de 'tout à l'emploi' domine dans la pratique. Cela crée un modèle de culpabilité individuelle et occulte la responsabilité de la société. Ils témoignent du manque de création d'emplois de qualité, entre autres comme conséquence de la pression vers le bas sur les salaires et de la promotion des emplois flexibles (contrats intérimaires ou de courte durée, emplois à temps partiel qui sont souvent des choix 'subis' par les personnes plus vulnérables,...). De nombreuses personnes dans la pauvreté ne peuvent pas non plus être 'activées' (immédiatement) vers le marché du travail, parce que les problèmes causés par la pauvreté freinent leur parcours vers l'emploi. Une activation basée sur la participation sociale et les droits fondamentaux reste difficile à mettre en œuvre.

Récemment, on note des initiatives positives, par exemple la Recommandation de la Commission européenne déjà citée en matière d'inclusion sociale active. Citons également les efforts réalisés par les services de placement régionaux, qui, avec l'aide de services sociaux, accompagnent les personnes pauvres dans des trajets de longue durée (voir chapitre emploi). Mais selon les associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent, la mise à l'emploi reste souvent l'objectif dominant, ce qui complique le succès de ces trajets d'accompagnement. Le travail bénévole des personnes pauvres n'est pas non plus suffisamment reconnu.

Selon les participants, l'activation a notamment remis en cause l'équilibre entre les principes de solidarité et d'assurance. Dans certains cas, les décideurs politiques ont choisi de renforcer l'un de ces deux principes au détriment de l'autre. Ainsi, l'assimilation du chômage dans la troisième période d'indemnisation a été réduite à un montant minimum dans le cadre de la récente réforme des pensions, afin de faire davantage dépendre les montants des pensions du travail réellement presté. Les chômeurs sont alors doublement touchés.

Dans l'ensemble, les allocations de remplacement ont connu une évolution négative par rapport à l'évolution du coût de la vie, tant pour les montants minimaux (principe de solidarité) que pour ceux qui se situent au-dessus de ce minimum (principe d'assurance). La plupart des minimums, mais aussi certains maximums, se situent sous le seuil de risque de pauvreté. Un mouvement de rattrapage a cependant été amorcé ces dernières années pour certaines allocations. La fonction d'activation joue indirectement un rôle dans cette évolution, en combinaison avec des objectifs macro-économiques et avec la flexibilisation : en raison de la pression exercée sur les salaires bruts, il est difficile de relever les prestations sociales, y compris celles de l'assistance sociale, jusqu'au seuil de risque de pauvreté ; l'activation vise à donner suffisamment d'incitants pour accepter un emploi, même s'il s'agit d'un emploi flexible et mal payé. Le tableau (page 20) présente une simulation récente du rapport entre les prestations sociales et le seuil de risque de pauvreté.

Selon le groupe de concertation, la tendance à l'activation s'insère dans une tendance plus générale vers une plus grande conditionnalité des droits. Pourtant, l'augmentation des conditions renforce la dépendance des personnes pauvres ou précarisées : « *Les gens doivent pouvoir être acteurs de leur intégration. Mais ce n'est pas comme cela que ça se passe, aujourd'hui les gens doivent remplir des devoirs. C'est tout le contraire. Des conditions seraient acceptables si cela permettait aux gens de sortir de l'assistance et les rendre plus autonomes. Mais ici on voit que les conditions rendent encore plus dépendants et plus assistés.*²⁵ ».

25 APRGP - Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté (2010). Conditionnalité des droits, Travail collectif, p. 15.

Tableau : Allocations exprimées en pourcentage du seuil de risque de pauvreté (calcul du SPF Sécurité Sociale)²⁶

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	NOV 2010	SEPT 2011	NOV 2012	JAN 2013	OCT 2013
Garantie de revenu aux personnes âgées															
Personne isolée	78	78	77	76	79	79	91	92	92	92	93	95	93	93	93
Couple	69	70	69	68	70	71	81	82	82	82	82	84	83	83	82
Allocation de remplacement de revenus															
Personne isolée	74	77	76	72	73	72	73	76	74	75	75	77	75	75	75
Couple avec deux enfants	68	70	69	66	67	66	67	68	66	67	67	68	67	67	66
Revenu d'intégration															
Personne isolée	74	77	76	72	74	72	73	76	74	75	75	77	75	75	75
Couple	66	68	67	64	66	64	65	68	65	66	66	68	67	67	66
Couple avec deux enfants	65	67	66	63	64	63	64	66	64	64	64	66	64	64	64
Famille monoparentale avec deux enfants	86	88	87	83	85	83	84	86	83	84	84	86	85	85	83
Pension minimum garantie de salarié pour une carrière complète															
Personne isolée															
- pension de retraite	109	109	111	106	107	105	106	107	106	108	108	106	104	104	103
- pension de survie	107	107	109	105	106	104	104	106	104	107	107	105	103	103	101
Couple	91	91	92	88	90	88	88	88	87	88	88	88	87	87	86
Allocation de chômage minimale (7 mois sans travail)															
Personne isolée	84	93	92	88	89	87	87	89	86	87	87	90	88	88	87
Couple	74	74	73	69	71	69	69	70	68	69	69	71	70	70	69
Couple avec deux enfants	71	74	73	70	71	70	70	71	69	69	69	71	70	70	69
Famille monoparentale avec deux enfants	94	93	92	88	89	88	88	89	86	87	87	89	87	87	86
Indemnité d'invalidité minimale															
Personne isolée	98	101	101	96	98	96	101	102	101	103	104	106	104	104	103
Couple avec deux enfants	80	82	81	80	81	80	82	83	82	83	82	84	83	83	81
Salaire minimum															
Personne isolée	130	130	133	130	127	125	128	130	130	128	126	127	125	125	122
Couple avec deux enfants	89	89	91	90	88	87	88	89	88	88	88	88	87	87	84

26 Dans le tableau, les allocations sont comparées avec le seuil de risque de pauvreté. Mais le problème qui se pose est que nous connaissons le montant des allocations au 1^{er} octobre 2013, mais pas le seuil de risque de pauvreté à la même date. En effet, les résultats de l'enquête EU-SILC portant sur les revenus 2013 – qui permettra de calculer le seuil de risque de pauvreté au 1^{er} octobre 2013 – ne seront connus que dans le courant de 2015. C'est pourquoi nous avons simulé le seuil de risque de pauvreté au 1^{er} octobre 2013 en faisant évoluer tous les revenus dans la période non observée de la même manière que les prix. Cette simulation utilise l'index harmonisé des prix à la consommation de juillet 2010 (enregistrement Belgostat 109,85) et celui de septembre 2013 (enregistrement Belgostat 120,07) et calcule sur cette base-là un pourcentage d'augmentation. Ce pourcentage a été appliqué au seuil de risque de pauvreté, dérivé des chiffres de l'enquête EU-SILC 2011 (les derniers résultats connus au moment de la simulation).

3.1.2. Conditionnalité et activation dans l'assistance sociale

L'activation et l'objectif dominant de mise à l'emploi imprègnent également la réglementation et les pratiques en matière d'assistance sociale. La loi relative au revenu d'intégration a encore renforcé cette tendance (voir le chapitre sur l'emploi). Selon de nombreux participants, c'est d'autant plus problématique que l'assistance sociale constitue le filet de sécurité ultime. Il faut donc éviter ou limiter autant que possible les sanctions. D'autres ont indiqué qu'il existe dans les CPAS de nombreux exemples de bonnes pratiques en matière d'activation, qui visent une participation sociale au sens large, aussi bien au travers de l'emploi que sous d'autres formes. Mais pour certains participants, il existe des CPAS qui obligent les allocataires sociaux à accepter de faire du volontariat.

Les tensions entre le rôle de contrôle et d'accompagnement des travailleurs sociaux du CPAS ont été évoquées à plusieurs reprises durant les débats en séance plénière. La conditionnalité accrue peut avoir pour conséquence que les personnes en situation de pauvreté font moins confiance aux travailleurs sociaux alors que cette confiance est indispensable pour pouvoir s'attaquer efficacement aux problèmes. Pour les travailleurs sociaux, il est souvent difficile d'expliquer au Conseil du CPAS pourquoi ils ne veulent pas (encore) orienter un bénéficiaire vers le marché de l'emploi.

3.2. Vers plus d'assistance sociale dans la sécurité sociale

L'évolution des objectifs de base de la sécurité sociale (voir encadré) indique que le caractère assurantiel des indemnités de remplacement a diminué. Cela a été partiellement 'compensé' par l'attribution de prestations plus nombreuses sur la base du besoin : quiconque vit dans la pauvreté, dispose d'un revenu faible ou a des besoins particuliers, peut prétendre à un supplément ou à une intervention complémentaire. En d'autres termes, le système est devenu plus sélectif et commence ainsi à ressembler davantage à l'assistance sociale, basée sur une solidarité sélective. L'introduction du statut de cohabitant dans les allocations de chômage et indemnités d'invalidité, est également une mesure de sélectivité familiale qui pourtant a mené à la diminution des aides octroyées aux cohabitants. On supposait que les cohabitants avaient moins de besoins

du fait de la présence d'un ou de plusieurs revenus complémentaires dans le ménage (voir point 4).

Le choix d'adapter davantage les interventions de la sécurité sociale à ceux qui en ont le plus besoin est présenté comme inévitable dans le contexte de la protection sociale mise sous pression. Les participants reconnaissent également que certaines mesures sélectives sont parfois nécessaires. Mais ils estiment que réduire préventivement les inégalités sociales et chercher des sources de financement complémentaire pourrait diminuer la pression sur ce système (voir point 2), ce qui pourrait inverser l'évolution vers l'assistance sociale dans ce dispositif. D'après eux, introduire davantage de sélectivité comporte plusieurs risques :

- la sécurité sociale joue, encore plus qu'avant, son rôle de premier filet de sécurité, car disposer d'un emploi stable et suffisamment rémunéré est devenu plus incertain et car davantage de personnes peuvent tomber plus rapidement dans la précarité ou la pauvreté à la suite de certains développements sociétaux (par exemple le plus grand nombre de familles monoparentales et d'isolés) ou à cause des plus grandes inégalités sociales (par exemple un accès plus difficile au logement) ;
- des interventions sélectives créent, en comparaison avec des mesures générales, une insécurité de revenus quand les conditions liées au droit à l'intervention (voir point 5) ne sont plus satisfaites. Elles génèrent aussi un *non-take up* plus important (voir point 6) ;
- le risque de perdre en légitimité aux yeux des plus fortunés et des groupes à faible risque, peut augmenter l'attractivité des assurances privées complémentaires.

3.3. Un accès plus large à la sécurité sociale ?

Certaines associations de lutte contre la pauvreté, plaident en faveur d'une sécurité sociale qui élargisse davantage ses conditions d'accès. Un premier argument est que les conditions d'accès à l'assurance chômage ne sont plus adaptées à l'évolution du marché du travail. Bien qu'elles aient été assouplies suite à la récente réforme de l'assurance chômage, elles sont encore trop strictes pour ceux qui sont coincés dans une alternance de contrats de travail de courte durée et de périodes d'inactivité, ce qui est aujourd'hui plus souvent le cas qu'auparavant. Ces conditions se réfèrent également à des prestations de travail à temps plein, alors qu'une

évolution vers davantage de travail à temps partiel est constatée. Or, pour les personnes faiblement qualifiées ou les femmes, ces types de contrats sont souvent 'subis' (voir le chapitre emploi). Par conséquent, un nombre croissant de travailleurs ne peut que recourir à l'assistance sociale, même en ayant déjà contribué à la sécurité sociale.

Le fait que, pour les personnes défavorisées, la différence entre la sécurité sociale et l'assistance sociale n'est pas évidente, constitue un deuxième argument. Elles se considèrent comme 'travailleurs privés de travail' et se posent dès lors des questions quant au caractère souhaitable de l'existence d'un double circuit de protection sociale, alors que l'assistance sociale ne prévoit que des droits minimums et sélectifs : « *Mais pour (...) pouvoir résoudre la question des raisons sociétales qui précèdent la précarité – on devrait en fait remonter l'échelle que le pauvre a descendu : donc pas faire disparaître la sécurité sociale dans l'assistance sociale, mais passer de l'assistance sociale, qui est dégradante dans sa sélectivité, à la sécurité sociale et, pour y parvenir, remonter de la sécurité sociale vers le travail même* »²⁷.

Le troisième argument cible les critères d'octroi de l'aide sociale, qui diffèrent d'une commune à l'autre. Le choix a été fait d'organiser l'aide sociale au niveau communal. Les CPAS peuvent ainsi faire correspondre le mieux possible l'aide aux besoins des demandeurs. Mais ces derniers ressentent toutefois souvent ces différences comme arbitraires.

Toutefois, d'autres participants défendent l'existence des deux systèmes parce que la sécurité sociale est essentiellement financée par les cotisations sociales sur la base du travail, ce qui ne permet pas la protection sociale de tout le monde. Ils soulignent également que les travailleurs sociaux des CPAS font souvent un très bon travail, malgré le contexte difficile. Ils reconnaissent cependant qu'une modification du financement du système et une diminution des inégalités sociales pourrait créer la marge nécessaire pour rendre le système plus universel.

3.4. Accès à l'assistance sociale

Tout d'abord, il est question de sélectivité accrue dans l'assistance sociale suite à l'augmentation des mesures d'activation dans ce système (voir point 3.1). En outre, cet accès a été limité récemment par la décision de ne pas donner droit au revenu d'intégration aux citoyens européens et aux membres de leur famille durant les trois premiers mois de leur séjour en Belgique ; ils étaient déjà exclus auparavant du droit à l'aide sociale et à l'aide médicale urgente pendant ces trois premiers mois²⁸. Cette loi portera vraisemblablement préjudice aux familles Roms. Ces mesures sont, d'une part, destinées à ne pas surcharger l'assistance sociale, d'autre part à ne pas créer d'effet d'appel d'air pour les migrants. Certains participants doutent toutefois de la proportionnalité de ces mesures et soulignent qu'elles sont en tension avec le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine, à laquelle l'article 1 de la loi organique des CPAS fait référence.

D'autre part, la loi de 1997 qui prévoit la possibilité d'une adresse de référence pour les personnes sans abri constitue une réelle avancée puisque cette adresse vaut inscription au registre de la population. Or, l'inscription au registre de la population, au registre des étrangers ou au registre d'attente, conditionne de nombreux droits, notamment à certaines allocations sociales. Différents acteurs signalent que l'adresse de référence auprès d'un CPAS, surtout, se heurte à de nombreux problèmes et que l'adresse de référence chez une personne privée est encore peu connue. Les constatations mentionnées dans le cadre du Rapport 2009²⁹ du Service semblent avoir conservé toute leur actualité : une longue période s'écoule souvent avant que la radiation de la domiciliation dans la commune précédente ne soit effective, certains CPAS ne délivrent pas de récépissé, un très grand nombre de CPAS sont réticents à l'idée d'attribuer l'adresse de référence, parce que cela attirerait un trop grand nombre de personnes sur leur territoire ou parce que l'objectif ne serait pas atteint (de

27 Dijon, Xavier (1994). « Sécurité d'existence : le silence des familles », *Revue Belge de Sécurité Sociale*, p. 192-193.

28 Circulaire du 28 mars 2012 relative au citoyen de l'UE et aux membres de sa famille : modifications des conditions d'ouverture du droit à l'aide sociale, *Moniteur belge*, 17 avril 2012. Circulaire du 10 juillet 2013 concernant la loi programme du 28 juin 2013, *Moniteur belge*, 1^{er} juillet 2013.

29 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2009). *Rapport bisannuel 2008-2009, Partie 2 : Pour une approche cohérente de la lutte contre le 'sans-abrisme' et la pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, p. 47-49.

nombreuses personnes ne viennent pas ou trop peu chercher leur courrier, si bien qu'elles perdent leurs droits à la sécurité sociale)...³⁰

Pour les indépendants, l'accès au CPAS et l'attribution d'un revenu d'intégration et de l'aide sociale restent un point noir. Notamment sous l'impulsion d'associations qui accompagnent des indépendants en difficulté, on observe cependant une légère tendance positive sur ce plan.

3.5. Accès à la sécurité sociale des indépendants

Les travailleurs indépendants qui font face à des difficultés financières rencontrent souvent aussi des difficultés pour accéder pleinement à leurs droits à la sécurité sociale ou à les conserver. Les cotisations sociales qu'ils doivent payer sont perçues par les Caisses d'assurance sociale ou par la Caisse nationale auxiliaire. Jusqu'il y a peu, ces cotisations étaient basées sur le revenu net de l'année de référence, c'est-à-dire trois ans auparavant. Mais les revenus des indépendants varient parfois fortement d'une année à l'autre. Lorsque le revenu était relati-

vement élevé durant l'année de référence mais que les affaires se portent plus mal trois ans après, cela peut poser problème au moment de payer les cotisations et avoir pour conséquence le report du paiement d'autres factures (frais médicaux, factures d'énergie, frais liés à l'entreprise,...), entraînant éventuellement une spirale de dettes. Le nouveau mécanisme établit les cotisations en fonction des revenus de l'année en cours et non des revenus d'il y a trois ans. Cela doit permettre aux indépendants de payer des cotisations proportionnelles à leurs revenus tout au long de leur carrière.

Ce nouveau système entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Avant de connaître effectivement le niveau de ses revenus, chaque indépendant recevra de sa Caisse d'assurance sociale, une proposition de montant à payer chaque trimestre. Il pourra adapter immédiatement ce montant sur la base de ses revenus effectifs. Quand un indépendant a des revenus plus élevés, il pourra augmenter ses cotisations. L'indépendant qui dispose de revenus plus faibles qu'il y a trois ans, pourra payer moins de cotisations, après l'accord de la caisse d'assurance sociale et sur la base de critères objectifs. Il faut attendre les arrêtés d'exécution et les pratiques concrètes pour savoir dans quelle mesure ce nouveau système améliorera l'accès à la sécurité sociale des indépendants en difficulté.

L'accès à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des indépendants peut également être problématique (voir le chapitre santé).

30 Une intéressante réflexion est en cours au sein du Conseil consultatif de la Santé et de l'Aide aux personnes – Section Action sociale. Voir notamment une note proposée par ce groupe ad hoc, en novembre 2012, intitulée « Évaluation du dispositif 'adresse de référence' pour les sans-abri et de son application dans les dix-neuf communes de la Région de Bruxelles-Capitale ».

4. Statut cohabitant

« Je voudrais souligner ici qu'il n'est pas difficile de tomber dans la pauvreté. Pour toute personne ayant un revenu modeste dans cette société, il s'agit de ne pas avoir d'accident de parcours : pas de divorce, pas de maladie, pas de faillite,... En plus, il ne faut pas être différent : ne pas avoir une autre couleur de peau, une autre orientation sexuelle,... Je voudrais parler de ce qu'on appelle la 'fraude sociale'. Beaucoup de personnes pauvres doivent s'entraider pour arriver à s'en sortir parce que les moyens qui sont consacrés à la lutte contre la pauvreté sont insuffisants : on ne peut pas construire durablement une existence digne quand on doit vivre d'une allocation. Alors,

on cherche d'autres moyens pour survivre, comme la cohabitation. Mais ce qui est possible pour les gens qui travaillent, et qui ont donc déjà une vie meilleure, n'est pas admis pour les personnes en situation de pauvreté, à moins d'accepter une perte de revenus supplémentaire. Les différents statuts qui font qu'on est considéré ou non comme cohabitant rendent les choses encore plus difficiles à comprendre pour les gens eux-mêmes, mais toutes ces réglementations partent apparemment du principe que les pauvres fraudent délibérément pour s'enrichir. Je tiens absolument à contredire cela aujourd'hui : on ne devient pas plus riche pour autant, mais seulement un peu moins pauvre, et n'est-

ce pas l'objectif de la lutte contre la pauvreté ? Un petit exemple pour illustrer cela : à un certain moment, une chômeuse isolée consacrait plus de 72 % de ses revenus au loyer et aux charges locatives. Elle décide de partager un logement avec une autre personne isolée ayant des enfants à charge, en divisant le loyer et les charges en fonction de leurs revenus. Cela leur permet de ne plus devoir y consacrer que 30 % de leurs revenus chacune. Si ces personnes travaillent, cela ne pose aucun problème. Si elles ne travaillent pas, elles sont tout à coup considérées comme cohabitantes. Du coup, leur revenu diminue au point que les charges locatives redeviennent impayables. C'est un système pervers qu'il faut supprimer le plus rapidement possible dans la législation! »³¹

Le montant de nombreuses allocations de sécurité sociale et d'assistance sociale est inférieur pour les bénéficiaires qui ont le statut de 'cohabitant'. C'est notamment le cas, dans la sécurité sociale, de l'assurance chômage et des allocations qui lui sont liées (allocations d'insertion, allocations de garantie de revenu, chômage avec complément d'entreprise), des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité ; et dans l'assistance sociale, du revenu d'intégration, des allocations aux personnes handicapées et de la garantie de revenus aux personnes âgées. Dans ce point, nous nous penchons, en guise d'illustration, sur le statut de cohabitant au sein de la réglementation sur le chômage et le RI.

La définition du statut cohabitant dans la réglementation du chômage et dans la loi relative au revenu d'intégration est identique : le fait que des personnes « *vivent sous le même toit et règlent principalement en commun leurs questions ménagères* »³². Ce qui s'entend précisément par l'expression « *règlent principalement en commun leurs questions ménagères* » est explicité par la jurisprudence. Il est essentiel que les cohabitants réalisent une économie d'échelle grâce à la cohabitation, qu'ils peuvent donc subvenir à leurs besoins avec moins d'argent. Concrètement, cela signifie qu'ils ne partagent pas seulement le loyer et les charges mais aussi d'autres dépenses comme par exemple la nourri-

ture, les soins, la mobilité etc. Outre cet aspect économique, il faut également qu'ils partagent un espace significatif. Le partage de locaux fonctionnels comme la salle de bain ou la cuisine ne suffit pas pour considérer quelqu'un comme cohabitant. La cohabitation doit aussi avoir un caractère stable dans la durée ; l'hébergement temporaire d'un tiers ne répond pas à ce critère. Une domiciliation à une même adresse ne constitue en principe pas un facteur décisif dans ces deux systèmes.

4.1. Revenu d'intégration

Le revenu d'intégration et, anciennement, le minimex, ont toujours fonctionné sur la base de trois catégories auxquelles correspondent des montants différents : isolé, cohabitant et chef de ménage.

Sur le terrain, on entend souvent que le statut cohabitant s'interprète différemment selon le CPAS³³. Certains CPAS, par exemple, prennent en compte la question de savoir si la personne cohabite 'intentionnellement' ou encore l'existence d'un 'projet de vie' entre les cohabitants. La prise en compte du revenu de la personne (ou des personnes) avec qui on cohabite ne se fait pas non plus de manière uniforme. Dans le cas d'une famille, on prend généralement en compte les revenus des membres de cette famille. La jurisprudence prévoit que la prise en compte des revenus des autres membres du ménage peut être subordonnée à diverses considérations, notamment le risque de pousser les familles à se séparer au détriment de l'unité familiale et du budget des CPAS, mais aussi la modicité de ces ressources³⁴.

Ces différences d'interprétation entraînent une importante insécurité juridique. Il se peut que des personnes se trouvant dans une situation identique se voient octroyer le statut d'isolé par un tel CPAS et celui de cohabitant par tel autre et ne perçoivent, dans le pire des cas, qu'une très faible allocation en raison de la prise en compte des revenus des autres membres du ménage. Les participants à la concertation estiment que ces différences d'interprétation posent problème. Une plus grande uniformité dans la manière dont le statut de cohabitant

31 Témoinage lors du 17 octobre 2013, Journée internationale du refus de la misère, à Gand.

32 Art. 59 de l'Arrêté ministériel du 25 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage, *Moniteur belge*, 25 janvier 1992. Art. 14§1,1 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, *Moniteur belge*, 31 juillet 2002.

33 Voir notamment : Les experts du vécu (2012). *Pourquoi sanctionner le cohabitant ?*, SPP Intégration Sociale, Bruxelles.

34 Versailles Philippe, (2008). *Le droit à l'intégration sociale à travers la jurisprudence 2006*, SPP Intégration Sociale, Bruxelles, p. 30-31.

est octroyé engendrerait une plus grande sécurité juridique pour les personnes concernées. Par ailleurs, une telle harmonisation comporte aussi des risques. Tout CPAS doit pouvoir bénéficier d'une certaine marge de manœuvre pour tenir compte des réalités différentes, qui peuvent aussi jouer en faveur des personnes.

4.2. Chômage

Le statut de cohabitant n'a été introduit dans la réglementation du chômage que dans les années 1980. Jusqu'en 1971, seules des allocations forfaitaires existaient. Le principe du chômage a ensuite évolué d'une assurance contre la pauvreté vers une assurance contre la perte de revenus, avec la liaison du montant de l'allocation au revenu sur la base duquel il a été cotisé. Pour des raisons budgétaires, une troisième catégorie de bénéficiaires a été introduite en 1981, outre celle de chef de ménage et de non-chef de ménage : le cohabitant. La différence de montant des allocations de ces trois groupes s'est accrue au fil des années.

Le statut cohabitant s'introduisant dans la réglementation sur le chômage, la sécurité sociale a intégré le principe du 'besoin'. Cette notion est contraire au principe assurantiel, qui veut que l'on perçoive une allocation sur la base de cotisations. Selon cette logique, un cohabitant ou un isolé, qui ont cotisé de la même manière, devraient se voir attribuer une allocation identique.

Au vu de la réglementation du chômage, on pourrait faire valoir l'argument que l'octroi du statut d'isolé ou de cohabitant est un peu plus univoque. Il existe une instruction de l'ONem qui stipule que « *lorsque le chômeur habite dans une maison communautaire, il y a cohabitation si la gestion du ménage est assurée collectivement à savoir : qu'il y a utilisation commune des commodités et que soit les frais concernant le loyer, l'entretien ou la nourriture sont partagés, soit qu'il y a une répartition interne des tâches. A défaut (s'il apparaît par exemple que les conditions de logement s'apparentent plutôt à celle du chômeur qui habite simplement dans une chambre), ce dernier peut être tenu pour isolé* »³⁵.

Une particularité du statut cohabitant en matière de

chômage est la charge de la preuve de la cohabitation. Il revient en effet au chômeur de prouver que l'ONem se trompe en accordant le statut de cohabitant, avec toutes les difficultés qu'implique la preuve d'un fait négatif (le fait de ne pas cohabiter)³⁶.

4.3. Pénalisation de la solidarité

Le statut cohabitant a un impact négatif sur l'unité familiale. La solidarité familiale (l'accueil d'enfants d'âge adulte ou de parents âgés) ainsi que des formes de vie solidaire ou en groupe ne sont pas évidentes en raison des conséquences financières qui peuvent y être liées. Ce constat est d'autant plus douloureux que ce sont, précisément, ces formes de solidarité interpersonnelle qui constituent des tentatives de personnes dans la pauvreté pour trouver une solution à leur situation de précarité.

C'est ainsi que le statut cohabitant engendre une inégalité, puisque ceux qui perçoivent un revenu de leur travail peuvent sans aucun problème choisir de cohabiter et bénéficier de tous les avantages de la formule, tandis que ceux qui vivent d'une allocation sont désavantagés s'ils veulent cohabiter.

La peur du statut cohabitant a pu être constatée par le Service dans ses précédents rapports. Certaines personnes vont jusqu'à ne pas accepter l'inscription d'un proche chez elles en adresse de référence, de peur de se voir considérer comme cohabitantes³⁷. Le Rapport Général sur la Pauvreté faisait déjà état de la nature problématique de cette situation, qui a pourtant peu changé depuis : « *Les différentes normes du chômage et du minimex relatives aux concepts de la famille introduisent une précarité supplémentaire en ce qui concerne les droits élémentaires des plus pauvres. En effet, le droit à la famille se voit limiter par des contraintes économiques. On ne peut plus prendre le risque d'héberger un enfant ou un parent dans la difficulté* »³⁸.

36 Une décision intéressante, rendue en 2013, concerne ce problème : une demandeuse d'emploi a été sanctionnée en 2012 par l'ONem car elle s'était 'injustement' présentée comme isolée. Elle vivait dans un petit logement communautaire à Zottegem. L'ONem a requis le remboursement des allocations reçues indûment selon eux. La femme a introduit un recours devant le tribunal du travail qui lui a donné raison. http://www.luttepauvrete.be/juris_trib-trav_20130204.htm

37 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2009), *op.cit.*

38 ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994), *op.cit.*, p.188.

35 Samenhuizen vzw, Université Saint Louis, Habitat et Participation asbl (2012). *Étude sur les possibilités de reconnaissance de l'habitat solidaire, Bruxelles*, à l'initiative du SPP Intégration sociale et Politique des Grandes Villes.

4.4. Living apart together ?

La faiblesse des allocations octroyées au cohabitant est telle que certaines personnes pauvres choisissent de cohabiter dans les faits tout en louant une chambre ailleurs, où l'un des deux se domicilie. Cela leur permet de garder le statut d'isolé et donc une allocation plus élevée. En l'espèce, il s'agit d'une forme de fraude, qui doit toutefois être appréhendée dans le contexte d'allocations trop faibles pour pouvoir mener une vie dans la dignité. Dans ce cadre, on parle parfois de 'fraude de survie'. Cette fraude au domicile a pour effet secondaire que de petites chambres sont louées comme adresse fictive et que de l'espace disponible pour du logement disparaît inutilement du marché, ce qui pose un grave problème au vu de l'important manque de logements.

4.5. Coûts et bénéfices du statut

On invoque les économies d'échelle pour justifier le statut cohabitant mais la supposition que la cohabitation implique de pouvoir diviser les frais par deux, reviendrait à dire que ces personnes vivent une vie en tous points identique, utilisant les appareils aux mêmes moments, se couchant et se levant aux mêmes heures etc.

Plusieurs participants à la concertation pointent les avantages possibles d'une suppression du statut cohabitant. Cela permettrait d'augmenter le revenu de ces personnes, ce qui ferait aussi monter leur pouvoir d'achat et par conséquent les recettes de la TVA. De plus, la réglementation actuelle entrave le développement d'initiatives d'habitat partagé ou solidaire qui sont pourtant des réponses à la pénurie de logements. Supprimer ce statut permettrait de libérer de petits logements qui sont actuellement utilisés comme seconde adresse (fictive ou non) pour pouvoir garder le statut de personne isolée. Enfin, l'intérêt de supprimer ce statut dépasse le cadre économique car cette réglementation est génératrice de stress et provoque des comportements d'évitement des institutions, pourtant supposées aider les personnes en difficulté.

En matière de chômage, le statut de cohabitant a été mis en place pour des raisons budgétaires : des allocations réduites permettraient une diminution conséquente des dépenses. Ces économies pourraient toutefois être en partie illusoires, comme indiqué dans les exemples plus haut. Il manque une étude complète sur les coûts annexes du statut cohabitant et les bénéfices potentiels de sa suppression. De telles données pourraient pourtant être d'une grande utilité dans le débat.

5. Passage d'un statut à un autre

Le passage d'un statut à un autre représente un moment à risque dans le parcours des personnes précarisées. Elles sont confrontées à des conditions d'octroi qui changent et doivent parfois laisser leur situation empirer afin de pouvoir bénéficier d'une aide. Les moments charnières dans la vie d'une personne (ex : en cas de maladie ou si elle se retrouve isolée) risquent d'aggraver une situation déjà précaire. Les parcours de vie présentés entre les différents chapitres en sont une bonne illustration.

Les changements de statut, tant au sein du système de sécurité sociale qu'entre sécurité sociale et assistance sociale, ont augmenté à cause de la conditionnalité accrue (activation), liée aux sanctions et aux menaces de sanction : par exemple, le passage de l'allocation de chômage aux indemnités d'invalidité ou à l'aide sociale (voir 3.1).

Les difficultés peuvent résulter des dispositifs eux-mêmes et de leur complexité. Une même réalité est parfois définie différemment selon les législations : il incombe alors à la personne de faire de nouvelles démarches, répéter son histoire, répondre à de nouveaux critères, etc. alors que sa situation dans les faits n'a pas évolué. Par exemple, le passage du régime de maladie et invalidité à celui de l'assurance chômage est très complexe, notamment en raison de la définition et de l'évaluation de l'incapacité de travail.

Il existe également de nombreuses situations 'irréversibles', qui représentent alors souvent une forme d'inactivité forcée. Par exemple, les allocations pour les personnes handicapées sont très difficilement conciliables avec un emploi.

Bon nombre de statuts servent de porte d'accès à d'autres avantages sociaux. Quand un bénéficiaire perd ce statut, les conséquences sont donc beaucoup plus importantes que la perte du statut en soi. Le fait que ces avantages soient octroyés en fonction du statut et non du revenu, peut en outre constituer une injustice vis-à-vis des personnes à faibles revenus

qui ne possèdent pas le statut en question. La mise en œuvre de dispositifs basés sur le revenu (par exemple OMNIO) a pu réduire ce risque dans une certaine mesure.

6. Non-recours aux droits

Certaines personnes ne font pas valoir leurs droits aux allocations sociales. Le terme de 'non-recours aux droits' (ou '*non take-up*') peut donner l'impression qu'il suffit de les inciter à 'revendiquer' leurs droits et à s'adresser aux institutions ou aux services qui accordent des allocations ou des avantages sociaux. Les participants soulignent que ceci ne correspond pas à la réalité. Les quelques études qui ont été menées à ce sujet mettent également en évidence les limites de ce terme et préfèrent dès lors parler de 'sous-protection'³⁹.

Tout d'abord, la législation relative aux droits à la protection sociale est souvent très complexe, même pour les travailleurs des services sociaux. Le risque que l'ayant droit reçoive des informations erronées ou partielles, augmente donc.

Deuxièmement, le non-recours est souvent la conséquence d'une information et d'une communication trop peu accessibles en matière de droits. Des efforts supplémentaires sont nécessaires, non seulement pour mieux faire connaître les mesures mais aussi pour que les personnes les plus fragilisées puissent effectivement les comprendre et en faire usage.

Troisièmement, l'organisation et le fonctionnement du service auquel on fait appel joue un rôle : accueil 'froid', sentiment d'être un numéro, communication et information très éloignées de l'univers de vie du demandeur,...

Quatrièmement, certains n'osent pas se rendre dans un service qui décide de l'octroi ou du maintien d'une

allocation, par peur qu'on les prive de certains droits, qu'on leur impose des conditions irréalistes (liées à l'activation), etc.

Cinquièmement, les dettes éventuelles vis-à-vis des institutions peuvent être un frein.

En conséquence, l'importance de la proactivité des services a été soulignée mais elle est en tension avec le droit au respect de la vie privée (ex : visites à domicile). L'automatisation des droits peut jouer un rôle important à cet égard, mais elle ne peut pas aller à l'encontre d'un accompagnement individualisé sur mesure⁴⁰.

39 Steenssens, Katrien et al. (2007). *Leven (z)onder leefloon Deel 1. Onderbescherming onderzocht*, Rapport d'étude à la demande du SPP Politique Scientifique pour le SPP Intégration Sociale, p. 5-10.

40 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Automatisation des droits qui relèvent de la compétence de l'Etat fédéral*. Note rédigée à la demande de la Commission d'accompagnement.

Récit de vie 2

Recueilli le 5 avril 2013

Un homme de 43 ans, divorcé et père d'un enfant, est remarié avec une femme africaine. Il travaille à temps plein en article 60 et loue sur le marché privé.

Après 12 années de mariage, s'ensuit un divorce qui *« sera en fait la cause de tout, j'ai tout perdu »*. Il se retrouve un moment sans domicile fixe. L'entreprise de taxi pour laquelle il travaillait rencontrait des problèmes financiers et il décide de partir quelques mois en Afrique, en supposant que son absence relèverait du 'chômage technique'. À son retour, il constate cependant qu'il n'est plus sous contrat de travail et qu'il n'est par conséquent plus en ordre avec rien (ONEm, mutualité...). L'ONEm l'avait entre-temps suspendu également des allocations de chômage. La mutualité a régularisé sa situation : *« Je me suis alors rendu à la mutuelle, qui m'a annoncé 'en effet, vous n'êtes en ordre pour rien.' Je ne sais pas comment ils le savaient. Je me suis alors très vite remis en ordre »*.

Pendant quelques mois, il hésite à s'adresser au CPAS. *« Je ne savais pas si j'allais y recevoir de l'argent, je ne savais pas ce à quoi je pouvais m'attendre. J'y suis alors passé deux ou trois fois, j'ai vu tous ces gens qui attendaient assis et je suis reparti »*. Quand il finit par vraiment frapper à la porte du CPAS, il y est bien reçu et aidé. *« Ils m'ont écouté, et pas seulement écouté, mais se sont montrés vraiment intéressés par mon histoire. Ils m'ont aussi aidé directement. Car j'ai reçu directement une avance. Ils ont régularisé mon dossier et j'ai alors obtenu un revenu d'intégration. »* Il a par la suite appris qu'il pouvait, via le CPAS, également bénéficier d'autres aides, mais *« on ne me l'a jamais dit »*.

Après quatre mois, le CPAS l'incite à chercher du travail. *« Ils m'ont dit 'à partir de maintenant, vous vous mettez en quête d'un emploi et nous recherchons un parcours pour vous'. Ça a alors commencé à tourner comme ça. »* Après environ un an, un article 60 est évoqué. Il refuse une première offre et son revenu d'intégration est suspendu pendant un mois. *« J'ai pu d'abord essayer ailleurs mais cela n'a pas fonctionné. J'avais entendu, je croyais avoir entendu dire 'bon, si vous ne le sentez pas, ne commencez pas, sinon vous ne tiendrez pas non plus'. Mais j'ai quand même été suspendu du CPAS. Aujourd'hui encore, je ne le comprends pas. »*

Il a maintenant un contrat d'un an et demi en article 60 dans une ASBL. *« Je leur en suis très reconnaissant d'avoir pu à nouveau être en ordre pour tout. »* L'ASBL l'aide aussi financièrement pour la location de son appartement. Il considère l'article 60 comme une chance, même s'il ne lui rapporte pas beaucoup financièrement. *« Je trouve que je suis bien aidé. J'en suis très content. Aussi d'avoir maintenant la chance d'un article 60. La plupart voient cela comme une punition. Mais moi pas. Je trouve ça magnifique. J'aspire à ce que l'article 60 soit terminé, simplement parce que le salaire est trop bas et parce qu'une partie du travail que je fais ne me dit rien, mais l'autre partie bien, elle me plaît même beaucoup. C'est pour ça. Et je suis déjà en train de me démenner pour rechercher quelque chose d'autre. »*

Après son article 60, il veut travailler comme chauffeur de bus. *« Je veux un autre travail, je ne veux vraiment plus retomber dans le cercle de la misère, j'en ai eu ma dose. Car si vous tombez dans ce cercle vicieux, vous ne pouvez plus vous permettre certaines choses, et les huissiers frappent à votre porte, etc. »*

Il a des dettes car il envoie de temps en temps de l'argent à sa femme en Afrique. Le CPAS lui a proposé de gérer son budget, mais il ne dispose plus alors lui-même de son argent, il a donc refusé.

II. PROTECTION SOCIALE POUR LES PERSONNES SANS EMPLOI

Le parcours des personnes pauvres est souvent marqué par une alternance entre emplois précaires et périodes sans emploi. Être privé d'emploi ne signifie pas uniquement être privé de revenus, mais aussi de la sécurité d'existence, de la reconnaissance sociale, et de l'estime de soi qui y sont liés. Les allocations de chômage, le revenu d'intégration et les prestations en cas de faillite pour les indépendants interviennent comme palliatif à l'absence de revenus du travail. Dans quelle mesure la réforme des allocations de chômage se traduit-elle, pour les personnes pauvres, par un parcours d'insertion facilité ou a-t-elle un impact négatif sur la recherche d'un emploi ? Dans quelle mesure le revenu d'intégration joue-t-il son rôle d'ultime filet de sécurité ? Enfin, si avoir un emploi est un levier essentiel contre la pauvreté, celle-ci touche cependant certains travailleurs salariés et indépendants. Ces travailleurs pauvres se sentent inscrits au cœur du processus économique et pourtant exclus.

Introduction⁴¹

Dans ce chapitre, nous développons la relation entre la pauvreté, le fait d'être sans emploi et les différents mécanismes de protection sociale qui y sont liés. Au sein de la sécurité sociale, nous traitons de l'assurance chômage pour les salariés et de l'assurance en cas de faillite pour les indépendants. Au sein de l'assistance sociale, nous nous penchons sur le revenu d'intégration. Joindre ces deux derniers dispositifs aux questions relatives à l'assurance chômage se justifie par le fait que :

- le minimex, précurseur du revenu d'intégration, établi, dès sa création, la disponibilité sur le marché du travail comme critère pour bénéficier du droit à une allocation – à l'instar de l'assurance chômage ;
- la disponibilité au travail a longtemps été interprétée de manière différente dans ces deux dispositifs mais suite aux politiques d'activation, les conditions de disponibilité au travail et les initiatives de mise à l'emploi ont convergé dans les deux systèmes ;
- dans certaines circonstances, la 'prestation en cas de faillite' fait fonction d'allocation de remplacement pour les indépendants. On peut la comparer, dans une certaine mesure, avec une forme limitée d'allocation de chômage. Ces deux dispositifs restent cependant fort spécifiques. Une des différences les plus importantes est le fait qu'aucune contribution n'est exigée pour l'assurance en cas de faillite.

Cela dit, il serait insuffisant de se concentrer exclusivement sur la protection sociale et la pauvreté des

personnes sans emploi qui relèvent de l'un des systèmes d'indemnité précités. Nous devons étudier ceux-ci à la lumière des réalités du marché du travail et de la pauvreté des travailleurs, et ce pour plusieurs raisons :

- 'travailleurs' et 'non-travailleurs' ne forment en réalité pas deux groupes distincts. C'est aujourd'hui encore moins le cas qu'auparavant, car la transition d'une situation à l'autre se produit plus souvent et plus vite ;
- les personnes sans emploi défavorisées ne se considèrent généralement pas comme une catégorie distincte, même quand elles émargent à l'assistance sociale. Elles se considèrent avant tout comme des 'travailleurs privés de travail'⁴².

Dans un premier temps, nous évoquons la précarisation de la situation sur le marché de l'emploi des personnes qui ont un emploi, tant des salariés que des indépendants (point 1). Nous examinons alors dans quelle mesure cette évolution a un impact sur la pauvreté des travailleurs (point 2). Pour les salariés, nous examinons comment elle est influencée par la politique menée par l'Union européenne. Nous nous attardons sur un certain nombre de réformes de l'assurance chômage belge (point 3). Nous consacrons un point au revenu d'intégration, en tenant compte de l'accès à l'aide sociale des indépendants (point 4). L'assurance en cas de faillite est ensuite abordée (point 5). Enfin, nous formulons un certain nombre de recommandations politiques.

41 Les citations, en italique dans le texte et sans référence, sont des propos tenus par les participants au groupe de concertation ou tenus par les personnes pauvres que nous avons interviewées.

42 ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, p. 187.

1. Éléments de précarisation des travailleurs

Concernant les travailleurs salariés, les participants à la concertation constatent que la situation sur le marché de l'emploi de ceux qui y occupaient déjà une position défavorable, s'est aggravée durant la dernière décennie. Le dernier rapport du Conseil Supérieur de l'Emploi le confirme : durant la période de 1998 à 2011, la stabilité d'emploi des personnes peu qualifiées, qui connaissent un taux de chômage plus

important que les personnes moyennement ou très qualifiées, s'est dégradée. Les personnes peu qualifiées sont surreprésentées dans les branches de l'économie qui ont subi des restructurations importantes ces dernières années. Elles rencontrent également plus de difficultés pour obtenir des contrats de travail à durée indéterminée ; le nombre de contrats intérimaires et temporaires a davantage augmenté parmi eux que

pour les autres groupes de qualification⁴³. Outre les emplois temporaires, de nombreux salariés sont confrontés à d'autres conditions de travail précaires : bas salaires, emplois à temps partiel non souhaité, horaires de travail intensifs et fortement atypiques (travail fréquent durant le week-end, longues heures de travail, horaires de travail variables et interrompus,...), conditions de travail pénibles ou environnement malsain, pression de travail élevée, peu de possibilités d'évolution et de droit de parole,... Les travailleurs salariés les plus vulnérables cumulent généralement plusieurs de ces conditions ; ce cumul est typique d'un emploi de faible qualité. Ils restent souvent enfermés dans de tels emplois, en alternance avec des périodes de chômage. Depuis peu, un indice synthétique pour l'emploi précaire est disponible en Belgique, composé notamment des facteurs cités ci-dessus. Il en ressort que le taux de précarisation total s'élève à 26,4 %. Les femmes et les jeunes salariés enregistrent des scores supérieurs. Le score augmente également à mesure que le niveau de formation des salariés baisse⁴⁴.

Concernant les indépendants, les études sont moins nombreuses : la plupart des analyses sur la qualité de l'emploi prennent explicitement pour point de départ l'existence d'une relation de travail entre un employeur et un salarié. Par conséquent, le fait que le volet belge de la dernière enquête European Working Conditions Surveys (EWCS) accorde également une certaine attention aux indépendants est une bonne chose⁴⁵. Pour ceux-ci, le droit de parole et l'autonomie quant au contenu des tâches assumées personnellement ainsi qu'aux heures de travail sont en moyenne supérieurs aux données constatées pour les salariés. Étant donné que leur statut leur donne l'occasion d'établir leur propre schéma de travail, ce n'est pas étonnant. Par contre, pour les indépendants économiquement dépendants d'un seul ou d'un nombre limité de clients, l'autonomie pour gérer les tâches peut être un peu plus limitée. Enfin, les indépendants ont des horaires de travail plus atypiques et plus flexibles. Ils sont confrontés à une plus grande charge émotion-

nelle. Cela peut être la conséquence de la symbiose forte entre leur vie professionnelle et leur vie privée et au fait que la survie de leur affaire, et parfois même le maintien dans leur logement, repose uniquement ou en grande partie sur leurs épaules⁴⁶. On peut dès lors s'attendre à ce qu'ils soient confrontés à un stress important lorsque leur affaire connaît des difficultés. Une note de synthèse de dix ans de travail d'accompagnement mené par l'ASBL Efrem auprès d'indépendants en difficulté, faillis et ex-entrepreneurs le confirme : on assiste à une augmentation des problèmes psychiques et médicaux chez les indépendants⁴⁷. Concernant leurs revenus professionnels nets, la tendance est négative ces dernières années : en 2012, ils étaient 4,5 % inférieurs (20.492 euros) à ceux de 2011 (21.439 euros par an)⁴⁸.

43 Conseil Supérieur de l'Emploi (2013). Rapport 2013, *Les personnes faiblement qualifiées sur le marché du travail*, p. 11-24.

44 La Belgique a utilisé la dernière enquête quinquennale sur les conditions de travail en Europe (EWCS), réalisée en 2010, pour mener une étude approfondie sur la qualité de l'emploi. Dans ce cadre, un indice concernant le travail précaire a été élaboré. Vandenbrande, Tom et al. (2012). *Kwaliteit van werk en werkgelegenheid in België*, HIVA-KU Leuven, p. 140-145.

45 *Ibid.*, p. 29-31.

46 Lambrecht, Johan et Beens, Ellen (2003). *Zelfstandige ondernemers in nood. Ook zij kennen armoede*, Bruxelles, Tiel, Studiecentrum voor ondernemerschap, Uitgeverij Lannoo, p. 29-30.

47 Efrem ASBL (2011). *Une synthèse de 10 ans de travail d'accompagnement d'Efrem ASBL*, document non publié.

48 Syndicat Neutre pour Indépendants (SNI) (28 juillet 2013). *16 procent zelfstandigen onder armoededrempel*, <http://www.nsz.be/nl/nieuws/sociaal/16-procent-zelfstandigen-onder-armoededrempel/>

2. Pauvreté des travailleurs

2.1. Pauvreté parmi les travailleurs salariés

2.1.1. Chiffres

Avec ses 3,5 % de ‘travailleurs salariés pauvres’⁴⁹, la Belgique enregistre un score plutôt favorable par rapport au reste de l’Union européenne. Cela serait notamment dû à une structure sociodémographique relativement favorable (assez peu de familles monoparentales), à une inégalité salariale relativement limitée, à un soutien à la fois des ménages avec un seul gagne-pain et des ménages à deux revenus et à des allocations familiales universelles d’un niveau relativement élevé⁵⁰. Le salaire minimum relativement élevé constitue également un facteur positif, même si peu de personnes ayant un bas salaire appartiennent à un ménage pauvre (voir point 2.1.2). Sous cet angle, puisque le risque de pauvreté continue de fluctuer ces dernières années autour des 3 à 4 %, la tendance vers plus de flexibilité sur le marché du travail et un plus grand risque de pauvreté chez les salariés à temps partiel ne semble pas, jusqu’à présent, se traduire en une augmentation générale de la pauvreté des salariés.

Il convient toutefois de nuancer ce pourcentage belge relativement faible :

- en chiffres absolus, 220.000 personnes appartiennent au groupe des ‘salariés pauvres’, ce qui est plus élevé que le nombre de bénéficiaires du RI et ce qui est comparable au nombre absolu de ‘personnes sans emploi pauvres’ ;
- le chiffre officiel sous-évalue le travail non enregistré, dans lequel certains personnes plus vulnérables se réfugient pour survivre. Il n’indique pas le revenu disponible. « *Il ne faut pas se baser uniquement sur les revenus officiels mais aussi sur le ‘revenu disponible’, c’est-à-dire, ce qui reste à un individu après le paiement d’une pension alimentaire ou de ses dettes* » ;
- il ne donne qu’une indication de la pauvreté financière⁵¹ ;

- la déprivation matérielle, qui reflète la situation de personnes qui ne peuvent pas se procurer des biens et des services jugés essentiels pour pouvoir mener une vie décente, s’élève à 6,6 % d’après l’enquête EU-SILC 2011⁵². C’est donc supérieur au risque de pauvreté.

Un indicateur financier unique ne peut donc refléter correctement l’évolution du nombre de salariés pauvres. L’augmentation du nombre de salariés qui demandent un revenu d’intégration complémentaire ou une aide sociale au CPAS, indique bel et bien une évolution négative. D’autres services sociaux et associations qui luttent contre la pauvreté rapportent également une plus grande vulnérabilité et pauvreté des salariés.

2.1.2. Facteurs

Plusieurs facteurs accroissent le risque de vivre dans la pauvreté tout en ayant un emploi. Premièrement, le phénomène des salariés pauvres est fortement lié à une incapacité à générer un revenu du travail suffisant au niveau du ménage. Il n’existe, en effet, pas de lien direct entre les caractéristiques individuelles d’un emploi et la pauvreté chez les salariés. Seule une minorité de Belges ayant un salaire net bas (= 2/3 du salaire net médian) est financièrement pauvre⁵³. L’explication réside dans le contexte du ménage dont ils font partie : la plupart des personnes ayant de bas salaires vivent dans un ménage qui dispose d’un ou de plusieurs autres revenus du travail⁵⁴. Ainsi, à une époque où le niveau de vie moyen est déterminé par le niveau de vie d’un ménage à deux revenus, les ménages à un seul salaire courent un risque de pauvreté considérable. Les familles monoparentales, au sein desquelles les femmes sont surreprésentées et les familles nombreuses courent les plus grands risques.

49 Guio, Anne-Catherine et Christine Mahy (2013). *Regards sur la pauvreté et les inégalités en Wallonie*, Working paper IWEPS, n°16, p. 15. Au sein des ‘travailleurs pauvres’, nous distinguons les travailleurs salariés des travailleurs indépendants.

50 Marx, Ive et al. (2011), *op.cit.*, p. 3-44.

51 Peña-Casas, Ramón et Mia Latta (2004). *Working poor in the European Union*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, p. 91-94.

52 Guio, Anne-Catherine et Christine Mahy, (2013), *op.cit.*, p. 15.

53 Marx, Ive et al. (2009). *De werkende armen in Vlaanderen, een vergeten groep? Eindrapport*, Une étude commandée par le ministre flamand du Travail, de l’Enseignement et de la Formation dans le cadre du programme de recherche VIONA, Anvers, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen, p. 19-20.

54 Rappelons que la pauvreté (financière) est considérée et calculée en partant de la composition du ménage.

Deuxièmement, les caractéristiques individuelles jouent tout de même un rôle : les salariés plus jeunes et les personnes faiblement qualifiées enregistrent un score sensiblement supérieur⁵⁵. Les personnes d'origine étrangère sont particulièrement vulnérables parce qu'elles sont plus souvent employées dans des emplois faiblement rémunérés et vivent dans des ménages avec un seul soutien de famille.

Troisièmement, les conditions de travail précaires sont également très importantes dans le récit des 'salariés pauvres'. Avoir un emploi de qualité est un facteur déterminant, d'autant plus dans le contexte actuel de diminution de la stabilité des familles, où la protection durable des revenus par un autre membre de la famille est devenue plus incertaine. Les chiffres relatifs à la pauvreté des personnes ayant un contrat de travail flexible ou de courte durée sont sensiblement plus élevés, comparés aux chiffres relatifs aux travailleurs sous contrat de travail plus 'classique'. En 2010 (SILC 2011), il y avait 8,7 % des salariés à temps partiel parmi les salariés pauvres, contre 3,1 % des salariés à temps plein. Et 10,1 % des salariés ayant un contrat temporaire couraient un risque de pauvreté, contre 2,5 % des salariés sous contrat à durée indéterminée⁵⁶. Il y a une importante dimension de genre qui intervient à cet égard : les femmes sont surreprésentées au niveau du travail à temps partiel (44 % contre 9,3 % d'hommes), mais aussi au niveau du travail temporaire (9,8 % de femmes contre 6,8 % d'hommes).

A partir de 2008, nous constatons une évolution négative. Le risque de pauvreté des salariés à temps partiel se situe à un niveau sensiblement supérieur que durant la période 2004-2007, alors que pour les salariés à temps plein, cette évolution n'est pas perceptible. À l'exception de l'année 2009, le même constat s'applique pour les salariés ayant un contrat de travail temporaire, tandis que l'évolution du risque de pauvreté des salariés ayant un contrat de travail à durée indéterminée présente un schéma plus stable. Plusieurs explications sont possibles pour cette évolution :

- dans les contrats temporaires, où les jeunes sont surreprésentés, les contrats intérimaires ont forte-

ment augmenté ces dernières décennies⁵⁷. Une enquête scientifique et un faisceau de témoignages de jeunes ont encore récemment mis en lumière le fait qu'avec ce type de contrat, il était souvent plus difficile de se constituer un revenu adéquat et stable et que les travailleurs les plus vulnérables avaient en général plus de mal à sortir de ce régime⁵⁸. En ce qui concerne le travail à temps partiel, la part d'emplois à court terme prend une place de plus en plus importante et est pour cette raison, problématique selon les participants (emplois principalement occupés par des femmes) ;

- les emplois temporaires (de courte durée) et à (petit) temps partiel compliquent plus qu'auparavant l'accès au logement, suite à l'augmentation des prix des logements et des loyers et d'une attitude plus négative – parfois même discriminatoire – de propriétaires et de banques à l'égard de ce type d'emploi en tant que garantie suffisante pour le loyer ou l'emprunt pour leur bien ;
- la réforme de l'allocation de garantie de revenus (AGR) en 2005. C'est une allocation de chômage qui complète, dans certains cas, le revenu des travailleurs à temps partiel 'avec maintien des droits'. Cette réforme a mené à une diminution des revenus de la plupart des travailleurs à temps partiel. Une nouvelle réforme en 2008 a augmenté l'AGR mais pour les travailleurs qui ont un 'petit' temps partiel, la situation reste plus désavantageuse qu'avant 2005⁵⁹.

Les possibilités d'explication de cette précarisation croissante dans le cadre du travail à temps partiel illustrent à quel point il est essentiel de garantir aux chômeurs (les plus vulnérables) l'accès à des services sociaux de base (enseignement, logement, garde d'enfants, mobilité, soins de santé,...), en particulier la prise en charge d'enfants et d'autres personnes dépendantes. En effet, ce sont surtout des travailleurs à temps partiel – il s'agit principalement de femmes –

55 Marx, Ive et al. (2009), *op.cit.*, p. 21-27 ; Marx, Ive et al. (2011). « Prévenir la pauvreté chez les travailleurs belges : réflexion sur les options politiques », *Revue Belge de Sécurité Sociale*, vol. 53, n° 1, p. 3-44.

56 http://ep.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database ; <http://barometer.mi-is.be/fr/infopage/travailleurs-avec-risque-de-pauvrete>

57 SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie (11 juillet 2011). « T2.013 Salariés : type de contrat (durée indéterminée ou temporaire), sexe, âge et région de résidence », *Enquête sur les forces de travail 1999-2010*, http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/marche_du_travail_et_conditions_de_vie/enquete_sur_les_forces_de_travail_1999-2010.jsp

58 Martinez, Esteban et Ezra Dessers (2013). *Intérimaires. Enquête sur les conditions de travail*, Bruxelles, FGTB ; La KAJ en collaboration avec les jeunes ACV et CSC Jeunes et la JOC (2013). *Le livre noir du travail intérimaire*.

59 Collectif Solidarité contre l'Exclusion (2006). « Dossier - Temps partiels, compléments de chômage : les femmes trinquent ? », *Ensemble*, n°. 56 ; CNE-GNC (s.d.). *Allocation de Garantie de Revenus. Travailleurs-es à temps partiel : amélioration partielle, document non publié*.

qui courent un risque accru de pauvreté alors qu'à peine 11,6 % d'entre eux optent volontairement pour un travail à temps partiel, autrement dit ne souhaitent pas travailler à temps plein. Près de 19 % des femmes, et 4,6 % des hommes, invoquent comme raison pour accepter un travail à temps partiel l'obligation de s'occuper des enfants ou d'autres proches⁶⁰.

2.1.3. Évolution du cadre politique européen

La conception européenne du rôle de la protection sociale (voire le chapitre transversal) a influencé les politiques de l'emploi des États-membres. Dès les années 2000, pour rester compétitif, préserver la croissance et protéger la pérennité de la sécurité sociale mise sous pression par le vieillissement de la population, la Stratégie de Lisbonne a imposé une double approche : l'augmentation du taux d'emploi⁶¹ et une protection sociale 'activatrice'.

- Concernant l'augmentation du taux d'emploi, l'objectif de la Stratégie de Lisbonne était de parvenir, en 2010, à un taux d'emploi de 70 %. Depuis, la Stratégie Europe 2020 vise à atteindre 75 % de taux d'emploi de la population de 20 à 64 ans. Pour y parvenir, l'UE cherche à limiter les coûts du travail, à donner aux employeurs suffisamment de liberté de mouvement lors du recrutement et du licenciement ou encore à stimuler la formation des travailleurs.
- Quant aux actions visant une protection sociale 'activatrice', la Stratégie de Lisbonne avait clairement lié l'objectif d'augmentation du taux d'emploi à des actions visant les personnes sans emploi : leur but était de faire en sorte que les chômeurs et les inactifs de longue durée, souvent les plus vulnérables, soient à nouveau 'employables' sur le marché du travail. Cela a impliqué des mesures visant une offre de formation continue, un accompagnement ou une expérience de travail temporairement subsidee, dans le cadre d'incitations à la recherche d'un travail...⁶². En parallèle, une pression suffisamment forte en termes de sanction (en cas de refus d'un emploi/accompagnement/formation...) est jugée

cruciale afin que les chômeurs soient effectivement incités à accepter les parcours ou emplois proposés. Des conditions plus nombreuses pour l'accès aux allocations et leur conservation apparaissent dès lors comme une composante logique de ces mesures d'activation.

Cette double approche (l'augmentation du taux d'emploi et une protection sociale activatrice) fut encore renforcée lors de la révision de la Stratégie européenne pour l'emploi (SEE) en 2003, poussant à soumettre les allocations à des conditions plus strictes encore. Alors qu'à l'origine, cette stratégie insistait sur la création d'emploi de qualité, cet aspect qualitatif a été mis de côté. La SEE se recentra autour de quatre pôles : le développement de l'offre d'emploi, des politiques actives et de formation professionnelle pour les chômeurs, des modérations salariales et la flexibilité⁶³.

Dans cette optique, les politiques dites du 'make work pay' (MWP ; rendre le travail rémunérateur en faisant en sorte que les incitations au travail soient plus attrayantes) se sont développées⁶⁴. Le MWP part du principe que l'organisation de l'octroi d'allocations et la fiscalité peuvent exercer une influence négative sur la participation au travail. La plus grande attention est consacrée aux obstacles financiers liés aux systèmes fiscaux et surtout aux systèmes de protection sociale, les 'pièges financiers'⁶⁵. Ces pièges signifient que l'on n'a pas, ou trop peu, d'avantages financiers lors du passage d'une allocation de chômage ou d'assistance sociale à un emploi, d'un emploi à petit temps partiel à un emploi à temps partiel plus grand, ou d'un emploi à temps partiel à un emploi à temps plein.

Les mesures destinées à éliminer ces pièges visent tant les employeurs que les travailleurs⁶⁶. Les mesures pour les employeurs concernent l'abaissement des charges (para)fiscales lors de la création d'emplois faiblement

60 http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/arbeid_leven/werk/deeltijds/motivatief

61 C'est-à-dire la proportion de personnes disposant d'un emploi parmi celles en âge de travailler.

62 Mathijssen, Carmen et Danny Wildemeersch (sup.) (2008). *Activeringspraktijken in de sociale economie : Een casestudie bij buurt- en nabijheidsdiensten*, Louvain : Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, p. 75-121.

63 Conter, Bernard (2007). « Plein-emploi ou chômage nécessaire : la stratégie européenne pour l'emploi, entre utopie et pragmatisme », *Politique européenne*, 2007/1, n°21, p.34.

64 Ce concept a été lancé par l'OCDE et a fait partie de la stratégie plus large pour l'emploi, la « *Jobs Strategy* » qu'elle a mise en avant en 1994.

65 Group of Experts on Making Work Pay (2003). *Making work pay. Facts, figures and policy options*. Report to the Employment Committee, EMCO/21/091003/EN.

66 Communication du 30 décembre 2003 de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions. *Moderniser la protection sociale pour des emplois plus nombreux et de meilleure qualité – une approche globale pour rendre le travail rémunérateur*, COM(2003) 842.

rémunérés ou d'emplois pour personnes peu qualifiées. À l'égard des travailleurs, une approche en deux parties est proposée, afin de creuser l'écart entre allocations et salaires nets. Une première piste prévoit une augmentation du revenu net tiré du travail, notamment par une diminution de la pression (para)fiscale sur le travail faiblement rémunéré et par des suppléments de revenus lors du passage d'une indemnité d'assistance sociale ou allocation de chômage à un emploi à temps partiel. Parce que les salaires bruts ne sont pas augmentés dans ce schéma, on limite indirectement la marge pour augmenter les indemnités. L'augmentation des salaires bruts, l'option politique 'traditionnelle' pour tirer des revenus nets plus importants du travail, n'est toutefois pas considérée comme souhaitable dans une stratégie où la maîtrise des coûts salariaux occupe une position centrale. Pourtant, cette piste augmente également l'écart entre salaires et indemnités, ne crée pas de piège aux bas salaires⁶⁷ et génère des droits à la sécurité sociale plus adéquats⁶⁸. L'UE associe cette première piste à la lutte contre la pauvreté chez les travailleurs. Assez paradoxalement, elle la favorise elle-même en encourageant le travail flexible et la pression à la baisse sur les salaires. La deuxième piste vise une limitation – directe – du niveau, de la durée et/ou de l'accessibilité des indemnités, considérant le taux de remplacement élevé⁶⁹ et la longue durée d'une indemnité comme des obstacles.

Les résultats de cette approche d'activation 'étroite', que de nombreux États membres de l'UE ont suivie, ont été négatifs au regard de la pauvreté. Cette approche a diminué la protection offerte par les allocations de remplacement de revenus. Elle a, en outre, créé un effet de 'désactivation', les personnes sans emploi sanctionnées risquant de perdre le lien avec le marché du travail :

- les pays ayant obtenu les meilleurs scores sur le plan du taux d'emploi ont enregistré la plus forte crois-

sance en nombre de travailleurs pauvres⁷⁰. En effet, les emplois créés furent souvent de faible qualité et ont parfois remplacés des emplois de qualité supérieure. La pression sur la suppression des indemnités en cas de non-acceptation des parcours d'accompagnement ou des emplois proposés a augmenté ; cela a eu pour conséquence qu'une partie des personnes sans emploi a accepté des emplois précaires n'offrant aucun tremplin vers des emplois de meilleure qualité, les faisant au contraire tomber dans la catégorie des travailleurs pauvres ;

- les États membres qui consacraient le plus de budget aux mesures d'activation du marché du travail ont connu davantage d'exclusion sociale. La diminution ou la pression à la baisse sur les indemnités et l'augmentation des sanctions ont poussé un très grand nombre de ménages sans emploi dans la pauvreté. Les dépenses consacrées aux politiques d'activation ont pesé sur le budget à consacrer à l'augmentation des allocations sociales⁷¹. De plus, dans la plupart des États-membres, les mesures actives sous la forme de services (par exemple un service de garde d'enfant public ou subsidé) ont davantage profité aux groupes de revenus moyens et supérieurs, qui font plus souvent partie d'un ménage où quelqu'un travaille, plutôt que de profiter aux plus bas revenus, qui sont plus souvent représentés dans des ménages où personne ne travaille⁷². Dans des domaines comme la réduction du décrochage scolaire et l'apprentissage tout au long de la vie, qui relèvent d'une politique d'activation 'large' au profit de personnes précarisées, un sous-investissement a été signalé durant la concertation.

Cela dit, cette 'activation étroite' et la logique stricte du '*make work pay*' semble, quelque peu, perdre du terrain ces dernières années. Il faut rappeler que, dès le départ, les considérations relatives au MWP s'attachaient tout de même sur les aspects qui relèvent des 'conditions connexes' de la transition vers l'emploi, telles qu'une offre plus importante de structures d'ac-

67 L'Union européenne reconnaît que les travailleurs peuvent être découragés d'accepter un emploi mieux rémunéré, parce que les réductions de cotisation ou d'impôts disparaissent alors. Une extinction progressive des réductions en cas de hausse des salaires peut compenser quelque peu ce piège aux bas salaires.

68 Les indemnités sociales, y compris les pensions, sont calculées sur les salaires bruts ; des salaires bruts plus élevés engendrent donc des indemnités sociales plus élevées. L'institution de salaires bruts limités et de montants forfaitaires dans certaines périodes affaiblit toutefois le lien entre indemnités et salaire brut, comme nous le verrons plus loin.

69 Il s'agit de la relation entre une indemnité et le salaire brut, exprimée en pourcentage.

70 Nicaise, Ides (2010), *Meer werk en meer armoede : de Januskop van de actieve welvaartsstaat*, De Gids op Maatschappelijk Gebied, p. 22-28.

71 Nicaise, Ides, *op.cit.*, p. 22-28 ; Cantillon, Bea (2011), *The Paradox of the Social Investment State. Growth, Employment and Poverty in the Lisbon Era*, CSB Working Paper, n° 11/03.

72 L'« effet Matthieu » (les avantages sociaux profitent davantage aux revenus supérieurs qu'aux inférieurs) de ces mesures actives peut cependant être fortement adouci, à condition d'accorder suffisamment d'attention à la conception des mesures. Voir : Van Lancker, Wim et Joris Ghysels (2011), *Who reaps the benefits? The social distribution of public childcare in Sweden and Flanders*, CSB-Working Paper, n° 11/06.

cueil abordables pour les enfants, les handicapés et les parents vulnérables, et de meilleures possibilités de combiner vie professionnelle et vie de famille.

La Recommandation sur l'inclusion active (2008) a été plus loin encore en remplaçant les objectifs chiffrés de taux d'emploi et de lutte contre la pauvreté sous l'angle de la défense des droits fondamentaux. La force de cette stratégie tient à son approche globale, basée sur trois secteurs interdépendants : un complément de ressources adéquat (un revenu minimum adéquat), l'accès à des services de qualité et un accompagnement vers des emplois de qualité par le biais de marchés du travail inclusifs⁷³.

En 2012, la Commission soulignait que, selon certaines études, bénéficier d'allocations de chômage ne prolonge pas directement la durée de la période d'inactivité (mais elle note tout de même que d'autres études prouvent le contraire). Le rôle d'activation des allocations de remplacement y est également mis en avant : les allocations de chômage font office de 'subsides à la recherche d'un emploi', ce qui peut *in fine* augmenter la productivité, en favorisant l'adéquation entre les emplois et les qualifications des chômeurs. Une étude démontre même qu'en Belgique, en 2011, avoir un niveau élevé d'allocations de chômage revient à augmenter les probabilités de se réinsérer sur le marché du travail⁷⁴.

Enfin, la Stratégie 2020 a marqué le retour de la préoccupation de la qualité de l'emploi, tout en poursuivant la logique de modernisation du marché de l'emploi et d'une protection sociale 'activatrice'. La 'Stratégie pour les nouvelles compétences et les nouveaux emplois'⁷⁵ vise à « *moderniser les marchés du travail et à permettre aux personnes de développer leurs compétences tout au long de leur vie afin d'améliorer la participation au marché du travail et d'établir une meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'emplois y compris en favorisant la mobilité professionnelle* »⁷⁶. Bien que les objectifs soient hérités de la SEE, focalisant

sur l'augmentation de l'offre d'emploi, elle accorde une attention plus soutenue aux notions de qualité de l'emploi, durabilité et réponses aux besoins sociaux⁷⁷.

2.2. Pauvreté parmi les indépendants

Les indépendants font partie d'une catégorie professionnelle par nature très hétérogène et diverse. Cela complexifie le processus de cartographie des problèmes qu'ils rencontrent en matière de pauvreté. De plus, ce sujet n'a fait l'objet que de peu d'études jusqu'ici. Il est par conséquent difficile d'interpréter correctement les quelques données chiffrées disponibles sur l'état de la pauvreté des indépendants.

Le contexte du ménage, et donc la mesure dans laquelle d'autres membres de la famille génèrent des revenus, atténue ou renforce le risque de pauvreté des indépendants ayant de faibles revenus professionnels. Les ménages d'indépendants avec un seul revenu du travail sont très vulnérables tout comme les indépendants plus âgés (de 55 à 64 ans), isolés, les familles monoparentales, les couples avec un enfant et, de manière surprenante, les personnes ayant une formation moyenne à supérieure⁷⁸. Aucune étude n'est toutefois disponible sur l'impact, par exemple, de l'accès aux services sociaux. Les participants à la concertation ont pourtant insisté sur le fait que l'existence et l'accessibilité de ces services sont également importantes pour leur sécurité d'existence.

Selon l'enquête EU-SILC, le risque de pauvreté parmi les indépendants s'élevait en 2009 à 15,2 %, et avait diminué en 2011 à 12,7 %. Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence. Tout d'abord, jauger leurs revenus nets de l'année précédant l'enquête n'est pas évident, car au moment de l'enquête, les indépendants ne sont souvent pas encore en mesure de faire ce calcul. D'autre part, si ce chiffre laisse supposer que la pauvreté des indépendants est sensiblement plus élevée que celle des travailleurs salariés (voir 2.1.1), la déprivation matérielle montre une image opposée : elle est inférieure pour les indépendants (5,1 %) que pour les salariés (6,6 %)⁷⁹.

73 EAPN Réseau européen anti-pauvreté (2011). *L'inclusion active, en faire une réalité*, Brochure EAPN – septembre 2011, la politique en pratique.

74 Commission européenne, Direction-Générale de l'Emploi, des Affaires Sociales et de l'Inclusion (2012). *Employment and Social Developments in Europe 2012*, Social Europe, p. 91.

75 Daly, Mary (2012). «Paradigms in EU social policy, a critical account of Europe 2020», *Transfer, European Review of Labour and Research*, ETUI, p. 276.

76 Commission européenne (2012). *Europe 2020 : Une stratégie européenne pour une croissance intelligente, durable et inclusive*, (3/3/2010) COM(2010)2020.

77 Prival, Margaux (2013). *L'Europe sociale face à la crise, quels enjeux en matière d'emploi ?*, Collection Working Paper, Think tank européen Pour la solidarité, p. 32.

78 Marx, Ive et al. (2011), *op.cit.*

79 Guio, Anne-Catherine et Christine Mahy (2013), *op.cit.*, p. 15.

Une autre méthode pour connaître leur pauvreté monétaire consiste à partir des revenus déclarés⁸⁰ des indépendants à titre principal auprès de l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI). Ensuite, les revenus sont comparés avec le seuil de risque de pauvreté pour un isolé⁸¹. Sur la base de cette comparaison, en 2012, 16 % des indépendants à titre principal se trouveraient sous le seuil de risque de pauvreté⁸². Pour différentes raisons, on considère que ce chiffre surestime la réalité⁸³ :

- il ne reflète pas le revenu du ménage mais le revenu individuel ;
- les revenus des indépendants peuvent fortement fluctuer d'une année à l'autre ;
- les données fiscales utilisées par l'INASTI ne reflètent pas toujours la réalité ;
- les avantages fiscaux liés à la personne en raison de la composition du ménage ou de transferts sociaux ne sont pas pris en compte ;
- le patrimoine et les biens et services qu'ils peuvent se procurer dans le cadre de leur activité d'indépendant ne sont pas pris en considération.

D'après le Studiecentrum voor Ondernemerschap, ces

80 Ce sont les revenus professionnels bruts diminués des dépenses et des frais professionnels et des pertes professionnelles le cas échéant.

81 Lambrecht, Johan et Wouter Broekaert (2011). *Armoede bij zelfstandigen. Een kwantitatief en kwalitatief beeld*, Étude à l'initiative de Unizo, p. 30-34.

82 Syndicat neutre pour indépendants (SNI) (17 octobre 2013). *Près de 110 000 indépendants sont dans une misère noire*, <http://www.nsz.be/fr/nouvelles/social/pres-de-110000-independants-sont-dans-un-misere-noire/>

83 Lambrecht, Johan et Wouter Broekaert (2011), *op.cit.*, p. 30-34.

arguments justifient qu'on ne parle de pauvreté des indépendants que lorsque les revenus de ceux-ci, sur la base des données INASTI, se situent sous le seuil de risque pauvreté pendant plusieurs années consécutives. Il est apparu que, parmi ceux qui, en 2006, étaient déjà indépendants de manière ininterrompue depuis sept ans ou plus, 15 % avaient un revenu qui est resté au moins six ans sous ce seuil. Cela correspond à 40 000 indépendants. Il s'agit, ici encore, de revenus individuels d'indépendants face au seuil de risque de pauvreté pour un isolé. En revanche, ce chiffre ne fournit aucune indication sur d'éventuelles dettes, qui constituent pourtant une problématique importante, selon les participants à la concertation⁸⁴.

Le nombre d'indépendants qui ont demandé et obtenu une dispense de paiement de leurs cotisations sociales, fournit un autre reflet des difficultés financières. Le nombre de demandes de dispense des cotisations sociales atteignait, en 2012, 26.600, restant ainsi au même niveau qu'en 2011, un tiers plus élevé qu'en 2007, avant la crise⁸⁵. En 2011, 19.503 dispenses ont été accordées (pour 26.776 demandes), alors qu'en 2007, il s'agissait encore seulement de 13.877 exonérations (pour 19.229 demandes)⁸⁶.

84 *Ibid.*

85 <http://www.sectorlink.be/nieuwsbericht/aantal-zelfstandigen-dat-vrijstelling-aanvraagt-voor-betalen-sociale-bijdragen-nog-ste>

86 Syndicat neutre pour indépendants (SNI) (22 février 2012). *Un nombre record d'indépendants ont obtenu une dispense de paiement de cotisations sociales en 2011*, <http://www.nsz.be/fr/nouvelles/social/un-nombre-record-dindependants-ont-obtenu-une-dispense-de-paiement-de-cotisations-sociales-en-2011/>

3. Assurance chômage

L'activation préconisée par l'UE a influencé la politique belge et continue de le faire. Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur la politique en matière d'assurance chômage, qui relève du niveau fédéral. Nous évoquons également, dans une certaine mesure, les pratiques des services régionaux⁸⁷. En effet, suite à la dernière réforme de l'État, le contrôle de la disposition au travail des chômeurs, maillon essen-

tiel de l'assurance chômage, est confié partiellement à ces derniers. Ils constituent en outre les principaux acteurs dans l'accompagnement et la formation des chômeurs.

Nous commencerons par analyser les allocations de chômage sur la base du travail, puis celles ouvertes sur la base des études. Pour ces deux types d'allocation, nous étudions tout d'abord les montants, ensuite certaines conditions d'admissibilité et d'octroi ou du maintien de ces allocations. Nous distinguons donc les conditions d'ouverture du droit à l'assurance

87 Le VDAB en Flandre, Actiris en Région de Bruxelles-Capitale, le Forem en Région wallonne et l'Arbeitsamt en Communauté germanophone.

chômage (admissibilité) des conditions d'attribution des allocations (octroi). Une attention particulière est consacrée à la réforme de l'assurance chômage mise en œuvre depuis novembre 2012 et ses conséquences sur la pauvreté des allocataires.

La réforme poursuit entre autres les objectifs suivants⁸⁸ :

- mieux tenir compte de l'évolution du marché de l'emploi, caractérisé par davantage de flexibilité et par un plus grand nombre de transitions durant la carrière ;
- favoriser la réinsertion des demandeurs d'emploi et augmenter le taux d'emploi ;
- renforcer le principe assurantiel et lier davantage le montant de l'allocation à la durée du parcours professionnel ;
- consolider les principes du régime de l'assurance chômage et garantir sa viabilité financière, notamment la garantie d'une indemnisation illimitée dans le temps.

Une des modifications importante consécutive à la réforme est le renforcement de la dégressivité des allocations de chômage. Cela complexifie l'évolution des allocations.

3.1. Allocations de chômage sur la base du travail

3.1.1. Montants des allocations

3.1.1.1. Situation avant la réforme de novembre 2012

Depuis leur création jusqu'en 2012, les allocations de chômage ont évolué, passant d'allocations forfaitaires et basses à des allocations modulées selon la situation familiale et dégressives dans le temps :

- en 1949, les allocations de chômage étaient illimitées dans le temps mais forfaitaires et basses. Les montants variaient selon les régions, l'âge et le sexe ;
- dans les années 1970, des minima furent fixés et la discrimination entre hommes et femmes levée. On introduisit une modulation en fonction de la composition du ménage, en distinguant les catégo-

ries de 'chefs de ménage' des 'non-chefs de ménage'. Le montant de l'allocation fut également subordonné au salaire brut. En basant les allocations sur le revenu sur la base duquel on a contribué, on a ainsi fortement renforcé l'aspect assurantiel de cette assurance solidaire⁸⁹. Le taux de remplacement pour les non-chefs de ménage est calculé, après une certaine période, sur la base d'un pourcentage de 40 % au lieu de 60 %, comme pour les chefs de ménage. De plus, la proportionnalité en fonction du salaire antérieur fut limitée par la création d'un plafond salarial bas. Les montants des allocations maximales étaient alors bas et l'écart entre les maxima et les minima pas si important (ce qui est toujours le cas) ;

- dans les années 1980, la modulation selon la situation familiale fut renforcée : la catégorie 'non-chef de ménage' fut divisée entre 'isolés' et 'cohabitants'. Les montants des allocations de ces derniers étaient plus dégressifs : leur taux de remplacement fut diminué à partir de la deuxième année et limité en fonction du nombre d'années de passé professionnel, jusqu'à atteindre un forfait. Des diminutions sélectives des allocations ont également été appliquées : les plafonds salariaux ont connu une évolution vers le bas et la liaison à l'indice des prix et aux salaires a été modérée à plusieurs reprises ;
- dans les années 1990, le taux de remplacement des allocations pour les chômeurs isolés augmenta à plusieurs reprises ;
- la première décennie des années 2000 fut marquée par une amélioration du caractère assurantiel grâce au Pacte de solidarité entre les générations⁹⁰, qui instaura l'introduction d'un mécanisme d'adaptation au bien-être pour les allocations sociales. Pour les allocations de chômage, cela a entraîné un relèvement aussi bien des minima que des montants supérieurs au minimum et du plafond salarial.

Cette évolution mena à l'affaiblissement du caractère d'assurance solidaire⁹¹ des allocations de chômage.

88 ONEm (2013). *Feuille Info – Réforme de l'assurance chômage à partir de novembre 2012*, http://www.rva.be/Frames/frameset.aspx?Path=D_opdracht_VW/Regl/Werknemers/&Items=1/6/6/20&Selectie=T136&Language=FR

89 De Lathouwer, Lieve (1996). «Twintig jaar beleidsontwikkelingen in de Belgische werkloosheidsverzekering», *CSB-Berichten*, p. 1-9 ; ONEm (2010). *75 ans de l'ONEm. Un regard sur le passé, le présent et le futur*, Bruxelles, ONEm, p. 51-82.

90 Loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations, *Moniteur belge*, 30 décembre 2005.

91 Tout comme les autres dispositifs de la sécurité sociale, la réglementation du chômage repose sur les principes de solidarité et d'assurance. C'est pourquoi on peut considérer l'assurance chômage comme une 'assurance solidaire'. Le chapitre transversal étudie davantage la signification de ces principes.

Tout d'abord, l'écart entre les minima et les maxima reste limité. Les allocations de chômage continuent également d'accuser un retard considérable par rapport à l'évolution du bien-être, plus encore que les autres allocations sociales⁹². Enfin, elles n'offrent pas une protection efficace contre la pauvreté. Il est apparu, suite à une simulation basée sur des données de 2009, que les montants des allocations de chômage ne suffisent souvent pas pour échapper à la pauvreté quand elles sont la seule source de revenus pour la famille, d'autant plus pour les revenus les plus bas⁹³. Cette allocation est uniquement adéquate par rapport à la norme budgétaire pour des personnes isolées avec des jeunes enfants et des coûts de logement limités⁹⁴.

Suite au renforcement de la variation des montants selon la situation familiale, l'élément de 'besoin' est de plus en plus central dans ce système. Il y a ainsi eu une évolution dans le sens de la réglementation sur le revenu garanti. Cela dit, à la différence de ce dispositif, la réglementation du chômage n'implique aucune enquête sociale explicite sur l'ampleur des besoins via une enquête sur les ressources, afin de pouvoir définir les 'besoins réels'. L'institution de montants différents en fonction de la situation familiale repose sur des 'besoins supposés' et est particulièrement préjudiciable pour les chômeurs vivant dans des familles disposant d'autres revenus⁹⁵. Les économies d'échelle dont profitent les cohabitants sont généralement surestimées (voir le chapitre transversal).

Afin de limiter le risque de pauvreté des cohabitants, le statut de 'cohabitant privilégié' a été créé. Ce statut fait en sorte que les allocations pour un ménage de deux demandeurs d'emploi indemnisés s'élèvent au minimum à 1 270 euros (montant au 1^{er} novembre 2012). Mais ce montant ne couvre pas les besoins de base et se situe sous le seuil de risque de pauvreté. Ils peuvent alors s'adresser au CPAS pour bénéficier d'un revenu

d'intégration complémentaire et/ou une aide sociale, mais la pratique indique un phénomène de *non-take up* fréquent. De plus, un chômeur qui cohabite avec le bénéficiaire d'un revenu d'intégration n'entre pas en considération pour le statut de 'cohabitant privilégié'. Mais si le chômeur était déjà sans emploi avant que le CPAS n'attribue un revenu d'intégration à son partenaire et s'il perçoit une indemnité inférieure au montant du revenu d'intégration pour un cohabitant⁹⁶, il a droit à un revenu d'intégration complémentaire. La question est de savoir s'il le demandera également (immédiatement) après l'octroi du revenu d'intégration à son partenaire.

Les cohabitants sont privés d'une part importante de leurs droits. Ils ont payé des cotisations sur leur salaire dans une mesure égale aux autres catégories de population. Selon le principe assurantiel, ils doivent pouvoir prétendre aux mêmes montants⁹⁷. Selon le groupe de concertation, parce que les femmes sont surreprésentées parmi les personnes qui ont un statut cohabitant et parce qu'elles représentent la catégorie familiale la plus importante, on peut supposer qu'elles paient le 'prix' le plus élevé de la dégressivité⁹⁸.

92 <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/indicatoren/index.php?q=node/268>

93 Conseil Central de l'Économie (2012). *L'impact sur le revenu des régimes de chômage en Belgique et dans les pays voisins*, Note documentaire CCE 2012-0899, p. 23-40.

94 C'est une norme indicative élaborée pour examiner quel est le budget nécessaire à une vie conforme à la dignité humaine. Données pour les allocations de chômage : Van Thielen, L. et al. (Katholieke Hogeschool Kempen), Deflandre, D. et M-Th. Casman (Université de Liège), Van den Bosch, K. (Universiteit Antwerpen) (2010). *Minibudget : Quel est le revenu nécessaire pour une vie digne en Belgique?* Bruxelles, Recherche financée par la Politique scientifique fédérale, p. 33-38 ; p. 414-416, http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/AP/rAP40_2.pdf

95 De Lathouwer, Lieve (1996), *op.cit.*, p. 1-9.

96 Avant la réforme, c'était le cas si le chômeur se trouvait dans la troisième période ; après la réforme, cette phase peut aussi se produire dans la phase 23 ou 24 (voir graphique).

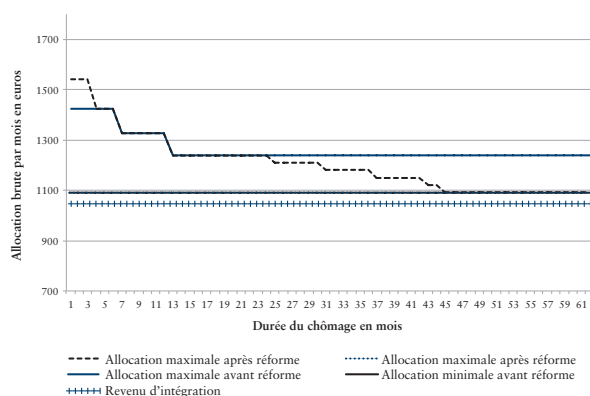
97 La différence entre l'indemnité des isolés, que nous pouvons considérer comme montant de base, et le montant inférieur des cohabitants est par conséquent appelée « droit propre non perçu ».

98 Babilas, Liliane (2009), *op.cit.*, p. 373-400.

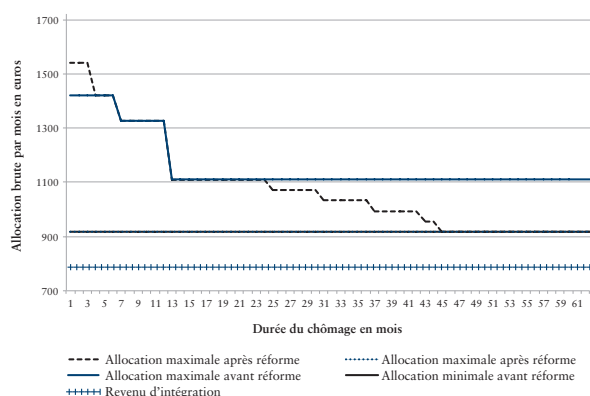
3.1.1.2. Réforme des indemnités en novembre 2012

Graphique 1 : Évolution dans le temps de l'allocation minimale et maximale, avant et après la réforme, d'un chômeur dont le passé professionnel est de 15 ans ; montants en prix de février 2012

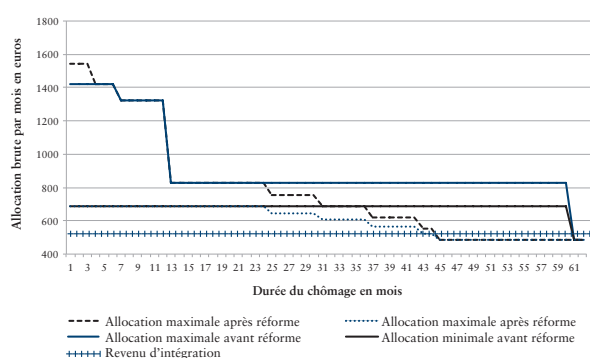
A. Cohabitant AVEC charge de famille



B. Isolé



C. Cohabitant SANS charge de famille



Brève description⁹⁹

Les montants pour les différentes catégories de ménages dans le régime de l'assurance chômage ont subi des modifications dans le cadre de la réforme de l'assurance chômage¹⁰⁰. Les principales modifications sont les suivantes :

- le renforcement de la dégressivité (c'est-à-dire la réduction des montants à mesure que la durée du chômage s'allonge) :
 - désormais, la dégressivité s'applique non seulement aux cohabitants mais aussi aux chefs de ménage et aux isolés durant la deuxième période d'indemnisation ;
 - durant la troisième et dernière période d'indemnisation, les chefs de ménage et les isolés retombent également, tout comme les cohabitants, à un montant forfaitaire équivalent au minimum de l'allocation de chômage ;
 - les montants ont été augmentés pour les trois premiers mois de chômage ;
- la dégressivité s'applique plus rapidement qu'avant aux cohabitants durant la deuxième période d'indemnisation, en faisant débiter cette période par une phase de deux mois (au lieu de trois) et en comptant deux mois (au lieu de trois) par année de passé professionnel ;
- l'introduction d'une dégressivité en plusieurs phases durant la deuxième période d'indemnisation, ainsi qu'une diminution du montant de l'allocation, y compris de l'allocation maximale, à chaque phase ;
- la diminution du montant minimum pour les cohabitants (sauf pour les cohabitants privilégiés) par l'application de la dégressivité dans la deuxième période d'indemnisation et un montant minimum qui devient inférieur au précédent minimum pour les cohabitants durant cette période ;
- une nouvelle catégorie échappe au régime de la dégressivité (qui s'ajoute aux catégories déjà exemptées dans l'ancien régime de dégressivité pour les cohabitants). Les catégories qui ne sont pas soumises à la dégressivité sont alors :
 - les chômeurs ayant une carrière professionnelle de 20 ans et plus ; mais cette condition va augmenter

⁹⁹ Le graphique a été réalisé dans le cadre de la simulation des effets de la dégressivité des allocations de chômage, exécutée par le SPF Sécurité Sociale, à la demande du Conseil Central de l'Économie et du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

¹⁰⁰ Ces modifications sont détaillées dans l'arrêté royal du 23 juillet 2012 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage dans le cadre de la dégressivité renforcée des allocations de chômage, *Moniteur belge*, 30 juillet 2012.

- progressivement pour aboutir à 25 ans en 2017 ;
- les chômeurs ayant une incapacité permanente de travail de 33 % ;
- les chômeurs âgés de 55 ans ou plus.

Complexité

La complexité de la nouvelle réglementation et ses conséquences sur la sécurité juridique des ayants droit aux allocations pose question. Même lorsqu'on ne tient pas compte des mesures de transition, le montant de l'indemnité va, beaucoup plus que sous l'ancienne réglementation relative à la dégressivité, varier sans cesse pour les cohabitants. En cause, la dégressivité des montants combinée à l'augmentation des phases et aux trois conditions qui déterminent quels groupes sont exemptés de l'application de la dégressivité dans la deuxième période d'indemnisation¹⁰¹. Les choses deviennent plus compliquées encore s'il n'est satisfait qu'à une des conditions lorsque, durant cette période, la dégressivité commence, si la situation familiale change durant une de ces phases, etc., si on retrouve un emploi ou suit une formation professionnelle¹⁰². La réglementation relative au chômage, qui était déjà jugée très complexe, devient ainsi encore moins transparente. La complexité de la réglementation aura pour conséquence que les chômeurs auront énormément de mal à pouvoir se faire une idée de leur budget pour le prochain mois. Ce sera certainement le cas pour ceux qui n'ont travaillé que quelques jours. Mais même pour les institutions chargées d'effectuer les paiements, il sera extrêmement difficile, dans certains cas, d'informer correctement le bénéficiaire du montant qu'il va recevoir. Les participants à la concertation ont attiré l'attention sur le fait que les personnes au chômage, certainement les plus vulnérables, ont besoin d'une estimation la plus exacte possible de leur revenu limité : pour déterminer quels besoins ils peuvent combler en priorité, pouvoir demander un report de paiements ou de dettes.

Sur le plan juridique, cette complexité accrue pourrait compromettre le devoir d'information des organismes de paiement et de l'ONEm quant aux droits et devoirs

des demandeurs d'emploi¹⁰³. Le manque de transparence est l'un des arguments utilisés par le Netwerk tegen armoede pour demander au Conseil d'État la suspension et même la suppression du nouveau régime de dégressivité.

Une insertion plus rapide sur le marché du travail et un renforcement du caractère assurantiel

L'ancienne dégressivité pour les cohabitants était une opération visant à réaliser des économies. Elle est désormais également couplée à une vision d'activation 'étroite' : en diminuant méthodiquement les allocations, on veut inciter les chômeurs à trouver un emploi plus rapidement. Une telle approche risque d'écarter encore davantage les demandeurs d'emploi du marché du travail.

Selon les responsables politiques, la dégressivité renforcée consoliderait le principe d'assurance dans le régime du chômage. Le principe d'assurance part du point de vue que les ayants droit à une allocation n'ont pas encouru ou subi de risque volontairement. En d'autres termes : ils ont perdu leur travail ou sont restés sans emploi de façon involontaire. Cela implique l'hypothèse suivante : plus longtemps on est sans emploi, plus il y a de chances que cela soit volontaire et que l'on soit responsable de sa propre situation.

L'assurance chômage est pourtant une assurance solidaire ; il est légitime qu'elle tienne compte de la responsabilité sociétale dans la perte de travail et la persistance du chômage. De plus, dans la pratique, plus longtemps on est sans emploi, plus grandes sont les chances que cela soit lié à un ensemble de facteurs qui dépasse la responsabilité individuelle. Il y a moins d'emplois disponibles pour les chômeurs de longue durée, ceux-ci sont également plus souvent faiblement qualifiés (la question de la responsabilité de l'enseignement, y compris de l'enseignement pour adultes, se pose ici) et ils sont, plus que les chômeurs de courte durée, confrontés à la pauvreté. Pour ces raisons, le maintien du caractère illimité des indemnités est souhaité et conciliable avec une assurance chômage solidaire. *« La dégressivité des allocations est une illustration de l'idée dominante selon laquelle il faut vite mettre*

101 Palsterman, Paul (2012). « Les réformes de l'été en matière de chômage », p. 946- 966, dans Etienne, Francine et Michel Dumont (dir.), *Regards croisés sur la sécurité sociale*, Anthemis et CUP, Liège.

102 La dégressivité est, dans ce cas, reportée si on travaille au moins trois mois à temps plein ou à temps partiel (sans allocation de garantie de revenus) ou suit une formation, ou exerce au moins six mois une activité indépendante.

103 Ce devoir d'information est prévu par la Charte de l'assuré social et par certaines dispositions de la réglementation de chômage. Voir http://www.rva.be/Frames/Main.aspx?Path=D_opdracht_VW/Regl/Werknemers/&Language=FR&Items=1/2/16

tout le monde au travail. Une telle politique applique une vision instrumentale du travail et de l'allocation sociale : un emploi doit servir de tremplin pour ne plus 'glander'. On perd ainsi de vue le besoin d'un encadrement intensif et durable pour les personnes en situation de pauvreté, leurs faibles perspectives d'emploi – et encore, généralement dans des emplois précaires – ainsi que les multiples changements de statut tout au long de leur carrière ».

Conséquences en matière de pauvreté

Selon les participants à la concertation, la dégressivité renforcée aggravera encore l'état des revenus de nombreux demandeurs d'emploi et les éloignera plutôt que les rapprochera des emplois durables.

Tout d'abord, ils soulignent que les demandeurs d'emploi pauvres auront encore plus de mal à payer leurs frais locatifs ou leurs dépenses de santé par exemple. Certains d'entre eux devront dès lors reporter des soins médicaux alors même que le stress engendré par leur situation a des effets négatifs sur leur santé physique et mentale. Par ailleurs, la diminution du montant des allocations de chômage risque aussi de les faire entrer dans une spirale de l'endettement. Et cette réduction progressive ainsi que les incertitudes quant à l'allocation future (en raison de la complexité de la législation) ne sont pas de nature à rendre les créanciers plus accommodants. La dégressivité de l'allocation se traduira donc par une perte de moyens, de temps et d'énergie. Cela se fera souvent au détriment de la recherche d'emploi ou du parcours d'insertion. Dans de telles circonstances, les demandeurs d'emploi ne seront pas en mesure de s'insérer plus rapidement sur le marché du travail.

Deuxièmement, la dégressivité augmentera la difficulté pour les chômeurs de supporter les coûts liés à la recherche d'un emploi. Ces coûts sont très variés : frais de téléphone et d'internet, déplacements pour se rendre à un entretien d'embauche, dans des services régionaux de l'emploi ou des centres de formation, garde d'enfants,... Les frais de déplacement pour aller à un entretien d'embauche ne sont pas remboursés par toutes les Régions. En revanche, ils le sont pour se rendre dans les centres de formation mais les demandeurs d'emploi doivent avancer le montant, ce qui n'est pas toujours évident pour des personnes à faible revenu. Enfin, il est souvent difficile de trouver des services de garde d'enfants à prix abordable, surtout en milieu urbain.

Troisièmement, la dégressivité risque aussi de porter atteinte aux capacités des demandeurs d'emploi. Comme nous venons de le dire, la perte de revenus peut avoir des conséquences néfastes sur leur santé. Pour certains, elle peut aussi rendre plus difficile la participation à des activités sociales et culturelles ou l'engagement bénévole. Or, ce type de participation favorise les chances d'accéder à un emploi : les personnes concernées développent leur réseau informel et améliorent les compétences 'sociales' (atouts importants dans la recherche d'un emploi adapté) ; elles ne tombent pas dans l'isolement et sont en mesure de trouver un soutien (une condition cruciale pour tenir mentalement dans la quête d'un travail).

Quatrièmement, il y a un risque que la dégressivité pousse davantage de chômeurs vers des emplois de moindre qualité et augmente dès lors la pauvreté parmi les personnes qui travaillent. Pour éviter des problèmes financiers, des demandeurs d'emploi qualifiés peuvent être amenés à revoir à la baisse leurs exigences en matière de qualité d'emploi. Mais ce phénomène de surqualification se répercute aussi sur les travailleurs moins qualifiés, qui ont plus de mal à trouver un emploi ou qui doivent se contenter d'emplois précaires¹⁰⁴. La dégressivité plus rapide des allocations de chômage peut les inciter à accepter de tels emplois.

En cinquième lieu, le renforcement de la dégressivité s'inscrit dans le discours sur les devoirs individuels, propre à la logique actuelle de l'activation mais qui s'est aussi infiltré dans d'autres domaines. Ce discours est en partie responsable de la stigmatisation que subissent souvent les chômeurs, plus particulièrement les chômeurs de longue durée. Celle-ci peut saper la confiance en soi, ce qui ne favorise pas la recherche d'un emploi.

Certains responsables politiques affirment que la réforme aura peu d'impact sur le niveau de pauvreté.

- Tout d'abord, ils considèrent qu'une (grande) part des chefs de ménage et des isolés se trouvent déjà au montant minimum. Par conséquent, ils ne subiraient pas les conséquences de la dégressivité. Cet argument est exact mais il ignore les changements de composition familiale toujours plus nombreux dans notre société. Par exemple, un cohabitant qui était jusqu'alors protégé de la pauvreté par le revenu de

104 Conseil Supérieur de l'Emploi (2013), *op.cit.*, p. 23.

son conjoint, risque dorénavant, de l'être moins en cas de passage vers un statut d'isolé ou de chef de ménage.

- Le deuxième argument concerne l'écart entre les maxima et les minima dans la deuxième période qui était déjà faible avant la réforme et le fait que la diminution des indemnités n'intervient que progressivement. Beaucoup ne ressentiraient ainsi qu'une perte limitée de leurs revenus. Cet argument nie le fait que de « *petites* » réductions de revenus peuvent avoir un impact négatif important sur la sécurité d'existence de ménages à faibles revenus. Cela peut entraîner le report de soins de santé nécessaires, ne plus permettre de payer les frais scolaires... On peut s'attendre à ce que la dégressivité renforcée conduise davantage de personnes vers le CPAS. C'est ainsi que la protection contre le risque de chômage est davantage rejetée vers les administrations locales. En outre, une partie des personnes ne trouveront pas le chemin des CPAS ou leurs revenus familiaux seront à peu de choses près trop élevés pour pouvoir prétendre à une aide, bien que leur situation soit comparable à celle de bénéficiaires du revenu d'intégration.
- Troisièmement, certains estiment que, pour les cohabitants, d'autres membres du ménage peuvent compenser la perte de revenus. Il est donc possible que les effets contre-productifs ne se manifestent pas chez eux, ou seulement à un degré moindre. Mais si les revenus des autres membres du ménage sont également très faibles, la sécurité d'existence des familles peut également être mise en péril. La perte de revenus et les incertitudes quant à l'avenir risquent aussi de mettre fortement à l'épreuve la solidarité et la bonne entente entre les cohabitants. Et, comme cela a été dit plus haut, le montant plus faible pour les cohabitants représente une importante perte de droits sociaux, souvent au détriment des femmes.

Première ébauche d'évaluation quantitative

Une simulation récente – réalisée par le SPF Sécurité sociale à la demande du Conseil Central de l'Économie et du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale – a permis de chiffrer l'impact de cette dégressivité accrue sur les revenus

des demandeurs d'emploi¹⁰⁵. Après la réforme, le risque global de pauvreté en cas de chômage complet augmenterait plus vite et plus fort avec la durée de chômage : après 61 mois, il atteindrait 28 % (contre 21,5 % avant la réforme). Ce risque accru de pauvreté est observé pour toutes les catégories de ménages, mais en particulier pour les isolés : après 61 mois, il atteindrait pour ceux-ci 71,9 % (contre 11,7 %), soit une hausse de 60,2 %. Pour les chefs de ménage, l'augmentation n'est 'que' de 5 % (pour atteindre 66,1 %), mais ils étaient déjà exposés à un risque de pauvreté très élevé avant la réforme (61 %). Le risque de pauvreté augmenterait de 2 % pour les cohabitants (de 15,6 % à 17,1 %) et serait beaucoup plus bas que pour les autres catégories de ménages.

Ces résultats mettent aussi en lumière un groupe important de demandeurs d'emploi isolés qui ont un revenu équivalent disponible compris entre 50 et 70 % du revenu médian. Alors qu'avant la réforme ils se situaient encore juste au-dessus du seuil des 60 %, ils se retrouveraient en-dessous de cette limite.

La simulation étudie aussi l'impact de la réforme sur les pièges financiers à l'emploi. Elle montre que ce sont proportionnellement les 'surplus du travail' (le gain de revenu en situation d'emploi par rapport à l'allocation de chômage) les plus élevés qui ont le plus augmenté à la suite de la réforme. Autrement dit, les chômeurs qui étaient déjà stimulés financièrement avant la réforme à aller travailler le sont encore plus. On peut conclure de manière générale « *qu'il y a peu de raisons de croire en l'existence de pièges financiers largement répandus dans le chômage. Ceci n'est même pas surprenant vu que, ainsi qu'il a été démontré ci-dessus, l'aspect assurance des allocations de chômage est limité* »¹⁰⁶.

3.1.2. Admissibilité à l'assurance chômage

La réforme a assoupli l'accès aux allocations de chômage sur la base de journées de travail. La période de référence est prolongée. Une personne de moins de 36 ans doit désormais prouver 12 mois

.....

105 Nevejan, Hendrik et Guy van Camp (2013). « La dégressivité renforcée des allocations de chômage belges : Effets sur le revenu des chômeurs et sur les pièges financiers à l'emploi » in Maystadt, Philippe et al. (dir.), *Le modèle sociale belge : quel avenir ?*, Charleroi, Presses Interuniversitaires de Charleroi, p. 471-507.

106 Nevejan, Hendrik et Guy Van Camp, *op.cit.*, p. 502.

de travail à temps plein dans les 21 derniers mois, au lieu des 18 derniers mois auparavant. Pour une personne âgée entre 36 et 49 ans, la nouvelle période de référence est maintenant de 33 mois, au lieu de 27 mois, pour prouver 18 mois de travail. Et pour les 50 ans et plus, cette période est maintenant de 42 mois, au lieu de 36 mois, pour 18 mois de travail¹⁰⁷.

Le retour à la première période d'indemnisation pour les chômeurs qui se trouvent dans la deuxième ou troisième période est également assoupli. Le nombre de jours de travail à prouver est resté le même. Mais parce qu'une période de référence a été introduite, l'emploi peut être interrompu dans une certaine mesure. Désormais, on peut revenir à la première période si on a travaillé 12 mois à temps plein durant une période de temps de 18 mois. Si on a travaillé à temps partiel 'avec maintien des droits' et au moins selon un horaire de travail à mi-temps (ou 18 heures par semaine), on doit pouvoir démontrer 24 mois de travail durant une période de 33 mois. Pour les travailleurs à temps partiel 'avec maintien des droits' qui travaillent au moins 1/3 temps (ou 12 heures par semaine), ces chiffres sont respectivement de 36 et 45 mois.

Grâce à ces changements, les personnes ayant des contrats temporaires ont plus de chances d'être admises dans le système. Cette adaptation veut offrir une réponse à l'évolution du marché du travail et est en même temps une compensation pour la dégressivité renforcée¹⁰⁸. Mais pour les personnes occupant une position faible sur le marché du travail, les conditions d'accès risquent d'être encore trop sévères. Ils occupent souvent des emplois de très de courte durée en alternance avec des périodes de chômage prolongées.

3.1.3. Conditions d'octroi et de maintien des allocations de chômage

Une fois admis au système du chômage, il faut satisfaire à plusieurs conditions d'octroi pour percevoir les allocations. Nous examinons ici quelles modifications la condition de chômage involontaire a subies au cours de la dernière décennie, suite aux mesures d'activation.

L'exigence de se trouver ou de rester sans emploi involontairement est, comme cité précédemment, indissociable du caractère assurantiel du système. Le contrôle de cette condition est également nécessaire au maintien du principe de solidarité. Parce que la constatation d'un chômage volontaire peut conduire à des sanctions et à l'exclusion du système, il importe que les droits et devoirs des chômeurs sur ce plan soient clairs et justes. Dans une précédente concertation du Service¹⁰⁹, les modifications en matière de chômage involontaire d'avant la récente réforme ont déjà été traitées en détail. Nous ne reproduisons par conséquent que succinctement les constatations concernant ces adaptations.

Plan d'activation du comportement de recherche d'emploi

« Et après un an, j'ai finalement obtenu un contrat en intérim. Le problème c'est qu'il s'agissait de contrats journaliers. A l'ONEm, ils ont dit qu'ils voyaient bien que j'ai été actif, mais que malheureusement, cela ne suffisait pas parce qu'il y avait trop de périodes intermédiaires pendant lesquelles je n'avais pas travaillé. »

En 2004, le Plan fédéral d'activation du comportement de recherche d'emploi, fortement inspiré des lignes directrices européennes et de la philosophie d'activation dominante, a prévu que l'ONEm utilise l'outil de la contractualisation pour contrôler régulièrement les efforts de tous les chômeurs de longue durée pour chercher un emploi. Il s'inscrit dans une réforme plus large, dont les lignes de force sont une harmonisation des transmissions entre les services de placement régionaux et l'ONEm ainsi qu'un accompagnement plus intensif des demandeurs d'emploi par ces services.

Selon les responsables politiques, le contrôle de la disponibilité 'passive', sur laquelle la réglementation en matière de chômage involontaire se base de manière excessive, ne suffirait plus dans une politique 'activatrice' d'emploi. Vérifier la disponibilité 'active' serait devenu une nécessité. De cette manière, le principe d'assurance serait mieux pris en compte. Cela générerait alors un meilleur équilibre entre les droits et devoirs des chômeurs et garantirait le maintien de la durée illimitée des allocations. Le contrôle systé-

107 Arrêté royal du 23 juillet 2012 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage dans le cadre de la dégressivité renforcée des allocations de chômage, *Moniteur belge*, 30 juillet 2012.

108 Palsterman, Paul (2012), *op.cit.*

109 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2009). *Lutte contre la pauvreté (Rapport 2008-2009 Partie 1)*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

matique des efforts de recherche serait également plus juste que l'exclusion en raison d'un chômage de durée anormalement longue, incarné anciennement par l'article 80¹¹⁰ : sauf dans certains cas, les chômeurs cohabitants en troisième période d'indemnisation et dont la durée de chômage avait atteint une certaine limite, voyaient leur droit à l'allocation suspendu. Dans la pratique, il s'agissait surtout de femmes.

Cette approche se heurtait, et se heurte encore toujours, à de très nombreuses critiques provenant des organisations de terrain. Les critiques ne portent pas sur le contrôle en soi, puisque ces organisations reconnaissent qu'il est propre à un système d'assurance solidaire. Elles estiment que l'article 80 suscitait un traitement inégal des cohabitants mais, selon elles, la nouvelle procédure d'activation ne conduit pas à davantage d'équilibre entre les droits et les devoirs, et au contraire le fausse. En effet, la charge de la preuve de la situation de chômage se déplace davantage en direction du chômeur lui-même. La compensation que le Gouvernement propose, à savoir de pourvoir à un parcours d'accompagnement sur mesure, par les services régionaux, n'est pas équivalente. Si une telle offre n'a pas été reçue, on n'est en effet nullement exempté du contrôle. Le suivi d'une formation ou d'actions, dans le cadre d'un parcours, rendant temporairement impossible la recherche d'un emploi, ne dispense pas non plus le chômeur du contrôle et d'une éventuelle évaluation négative. Le fait d'assortir l'octroi d'une allocation de chômage à un plus grand nombre de conditions et d'imposer des engagements inscrits dans un contrat (en vue d'un accès rapide à l'emploi mais sans tenir suffisamment compte des conditions de vie et du besoin d'un trajet d'insertion plus long) ainsi que – selon certains – l'utilisation même du contrat (qui ne prend pas en compte l'inégalité du rapport de force entre le demandeur d'aide et l'administration) entraînent une perte de droits. L'approche s'appuie sur une conception erronée de la responsabilité du chômage (de longue durée), à savoir qu'il est avant tout lié au comportement individuel du chômeur. Parallèlement à la critique sur la dégressivité renforcée, on peut par conséquent affirmer que le caractère d'assurance – solidaire – est affecté.

Le Plan d'activation prévoit de tenir compte de la situation personnelle et sociale des intéressés, ainsi que de

leurs limites sur le marché du travail. Malgré cela, plusieurs études¹¹¹ et organisations de terrain signalent que ce plan se traduit par une forte augmentation du nombre de sanctions, qui touchent avant tout les plus vulnérables. L'absentéisme, tant aux rendez-vous ONEm qu'aux convocations des services régionaux, est accru par la crainte des sanctions, conséquence des politiques d'activation renforcée. Des changements réguliers d'adresse, des démarches infructueuses vers l'emploi par le passé et le découragement qu'elles entraînent, les difficultés pour comprendre les formulaires administratifs, ... expliquent dans de nombreux cas l'absentéisme et le non-respect des engagements contractuels. Les études ont démontré qu'une part importante des chômeurs sanctionnés s'adresse au CPAS ou se retire du marché du travail, ce qui va à l'encontre de l'objectif d'une politique d'activation du marché de l'emploi. Cela soulève aussi la question de savoir combien de ces personnes ne trouvent pas le chemin du CPAS.

Enfin, selon l'expérience de certaines associations, le Plan d'activation incite à accepter des emplois précaires. Pour échapper à la pression d'activation, certains se lanceraient également dans une activité d'indépendant, alors qu'ils ne possèdent pas (encore) les compétences nécessaires pour le faire.

Ce plan a également des effets sur les professionnels de l'accompagnement des chômeurs. Certains témoignent de l'évolution de leur métier et de la difficulté croissante pour déterminer les contours précis de leur fonction. Les travailleurs sociaux se retrouvent souvent entre le marteau et l'enclume, entre le rôle de contrôleur et celui d'accompagnateur. Les facilitateurs ONEm doivent établir des contrats qui tiennent compte des conditions de vie des chômeurs. Or, la figure même du contrat implique une négociation. Mais pour qu'il puisse y avoir une véritable négociation, les chômeurs devraient avoir la possibilité d'exprimer leur vision et leur point de vue. Cela suppose que les facilitateurs disposent du temps et des moyens pour le faire. Mais en pratique, les facilitateurs sont confrontés à des rendez-vous très courts et à l'obligation de mettre en œuvre les sanctions. Quant aux conseillers des services de place-

110 Article 80 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, *Moniteur belge*, 31 décembre 1991, suspendu à partir du 1^{er} juillet 2006.

111 Vicky Heylen, et al. (2009). *Flux potentiels des sanctionnés vers les CPAS, le Plan d'activation du comportement de recherche*, Recherche effectuée à la demande du SPP Intégration Sociale, p. 23-31, http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/Eindrapport_sanctie_volledig_FR.pdf ; Cherenti, Ricardo (2007). *Les sanctions ONEm. Le coût pour les CPAS. Étude 2012 (chiffres 2011)*, Union des Villes et des Communes de Wallonie asbl, Fédération des CPAS, Service Insertion Professionnelle, p. 7.

ment régionaux, leurs démarches pour accompagner vers l'emploi sont souvent de plus en plus normées par le concept d'employabilité¹¹². Certains témoignent de leur frustration lorsque leur volonté d'aider et d'accompagner est freinée par des objectifs chiffrés ou des procédures déshumanisées.

Les responsables politiques reconnaissent que le Plan d'activation échoue sur un certain nombre de points, notamment dans le suivi de chômeurs vulnérables, par les transferts vers les CPAS et l'absence aux entretiens¹¹³. L'ONEm lui-même souhaite en tenir compte en offrant une formation sur la pauvreté aux facilitateurs qui assurent le suivi. De cette façon, l'une des propositions du premier Plan fédéral de lutte contre la pauvreté est réalisée¹¹⁴. Pour des personnes qui sont 'éloignées du marché du travail', l'Accord de Gouvernement fédéral prévoit que le Plan d'activation actualisé contiendra des dispositions spécifiques concernant la procédure d'activation.

La procédure d'activation renouvelée raccourcira les délais de suivi et élargira davantage le champ d'application. Les personnes de 50 à 58 ans seront à l'avenir convoquées pour un contrôle. Par le transfert de compétence de la mise en œuvre de la disponibilité 'active' vers les Régions, les services régionaux pourront décider s'ils veulent contrôler eux-mêmes les chômeurs de 58 à 60 ans, ou externaliser cela à l'ONEm. Les personnes ayant une incapacité de travail de 33 % ne seront plus exemptées de contrôle. La question est de savoir si ces changements conduiront à un exode de l'assurance chômage et un afflux dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Selon des experts actifs dans ce dernier dispositif, c'est déjà le cas actuellement : chronologiquement, l'entrée en vigueur progressive du Plan d'activation s'est fait parallèlement à une hausse sensible du nombre de personnes indemnisées par l'assurance obligatoire SSI¹¹⁵.

Critères d'emploi convenable

En tant que mécanisme de contrôle, les critères d'em-

ploi convenable garantissent pour de nombreux acteurs le meilleur équilibre entre droits et devoirs. Ils déterminent quand on peut refuser un emploi sans risquer de perdre son allocation ; l'objectif est de protéger le travailleur contre le travail précaire. Cela suppose des initiatives de la part des Gouvernements : créer des emplois qui répondent aux exigences de ces critères d'emploi convenable et favoriser les politiques qui incitent les employeurs privés à créer de tels emplois. Néanmoins, la protection offerte par ces critères a diminué. C'est dû au fait qu'ils restent fortement inspirés par le modèle du ménage à salaire unique et qu'ils n'ont pas suivi l'évolution du marché de l'emploi ; ils n'apportent pas une réponse valable au manque de places (à prix abordable) dans les services de garde d'enfants, ni à l'augmentation des emplois temporaires et à temps partiel qui augmentent le risque de pauvreté.

L'Accord de Gouvernement fédéral prévoit un durcissement de deux critères pour le travailleur qui refuse ou quitte un emploi à partir de 1^{er} janvier 2012. D'une part, la distance jusqu'à laquelle un emploi est considéré comme acceptable est portée de 25 à 60 km, indépendamment de la durée du déplacement. D'autre part, on raccourcit le délai durant lequel une offre d'emploi ne doit pas correspondre au diplôme ou au métier exercé, avec une modulation selon l'âge et la durée de la carrière. Ce délai est désormais de trois mois (au lieu de six) pour les travailleurs de moins de 30 ans qui ont moins de cinq ans de carrière et de cinq mois pour les autres. La première modification est problématique pour les personnes en situation de pauvreté car ils sont particulièrement touchés par les problèmes de mobilité (souvent, ils ne peuvent pas se payer de voiture ; l'entreprise n'est pas toujours aisément accessible en transports publics voire pas du tout ; s'ils ont une voiture, le déplacement implique des frais considérables qu'ils peuvent difficilement supporter). En ce qui concerne la seconde modification, on constate que le délai de six mois était déjà court au vu du temps que peut prendre la recherche d'un emploi, entre autres à cause du manque structurel d'emplois (de qualité) dans certains secteurs.

Parcours d'activation « larges »

Depuis longtemps, des initiatives soucieuses des personnes sans emploi très vulnérables sont mises en œuvre au sein des services de placement régionaux, parfois en collaboration avec d'autres partenaires. Au cours de cette dernière décennie, des dispositifs

112 Prival, Margaux (2013), *op.cit.*, p.22.

113 Vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances (2 octobre 2008). *Accompagnement et suivi de chômeurs : présentation des nouveaux chiffres et perspectives*.

114 Secrétaire d'État à l'Intégration sociale et à la lutte contre la pauvreté et SPP Intégration sociale (2008). *Plan fédéral de lutte contre la pauvreté*, p. 39.

115 Palsterman, Paul (s.d.). *La problématique des publics très éloignés de l'emploi. Médicaliser le chômage pour mieux exclure ?*, document non publié.

destinés à ces populations ont été élaborés, proposant des parcours de plus longue durée, ainsi qu'une approche transversale aux différents domaines de vie. Le VDAB a mis au point des parcours *werk-welzijns-trajecten* spécifiques pour les personnes défavorisées¹¹⁶. En Région wallonne, au Forem, le 'Dispositif intégré d'insertion socioprofessionnelle' (DIISP) visait les demandeurs d'emploi rencontrant de gros problèmes d'insertion. Ce dispositif a été remplacé en 2012 par 'l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi', qui s'adresse à l'ensemble des demandeurs d'emploi et offre la possibilité de varier l'intensité de l'accompagnement. Il peut être mis en œuvre en collaboration avec des opérateurs pouvant contribuer à une insertion socioprofessionnelle de qualité et durable¹¹⁷. En Région de Bruxelles-Capitale, ce sont surtout les opérateurs privés qui se chargent des actions à l'égard d'un public vulnérable : côté francophone, il s'agit par exemple des 'Missions locales' et 'Organismes d'insertion socioprofessionnelle' (OISP), côté néerlandophone, la coordination est assurée par Tracé Brussel.

Ces initiatives sont saluées par les acteurs de terrain. Elles sont l'expression d'une activation 'large' ou 'positive' qui ne se limite pas à orienter vers le marché du travail mais est attentive à l'effectivité des droits fondamentaux. On peut également les considérer comme des instruments qui mettent en pratique l'inclusion active'. Pourtant, ces organisations estiment que la politique d'activation 'étroite' est encore dominante, également auprès des services de placement régionaux. La hausse des transmissions de données à l'ONEm (et des sanctions qui en découlent) suite à l'absence à une convocation de cet organisme, au refus de participer à une formation professionnelle ou à des actions d'insertion (ou de l'arrêt de la participation)... en constituent une illustration¹¹⁸. Ces opérateurs privés qui collaborent avec les services régionaux signalent également qu'un très grand nombre de chômeurs s'adressent à eux pour un accompagnement ou une formation afin de satisfaire aux obligations du Plan d'activation fédéral ou d'engagements contractuels régionaux. Selon eux,

la chose est contreproductive, car le succès de leurs actions s'appuie sur la participation volontaire des demandeurs d'emploi. Dans les parcours d'activation 'larges', il est parfois fait mention d'une zone de tension entre le besoin de l'ayant droit d'aborder des problèmes dans d'autres domaines de vie et l'objectif du service public d'entamer l'orientation vers le travail.

3.2. Allocations de chômage sur la base des études

3.2.1. Montants

De 1972 à 1981, les 'allocations d'insertion' (alors appelées 'allocations d'attente') ont été calculées sur la base du salaire minimum de la commission paritaire nationale auxiliaire pour employés, ou du salaire que l'on gagnait durant la période d'attente. Suite à des mesures d'économies, elles sont devenues forfaitaires. La réforme consécutive à l'Accord de Gouvernement fédéral a certes changé le nom et les conditions d'admissibilité et d'octroi de ces allocations, mais pas les montants. Elles sont – un peu – supérieures au montant de la catégorie similaire dans la réglementation sur le revenu garanti, avec une faible différence par rapport au montant minimum des allocations de chômage ordinaire, uniquement dans le cas d'un cohabitant avec charge de famille¹¹⁹. Un très grand nombre d'ayants droit à une allocation d'insertion professionnelle doivent dès lors s'adresser au CPAS pour un revenu d'intégration ou un soutien complémentaire. La montée du chômage des jeunes ces dernières années renforce encore ce phénomène.

D'une part, on pourrait justifier les faibles montants en soulignant que les jeunes qui sortent des études n'ont effectué aucune prestation de travail, qu'ils n'ont pas contribué au système et ne peuvent donc pas bénéficier des mêmes droits. Mais beaucoup de ces chômeurs ont bel et bien déjà travaillé et donc contribué, mais ne peuvent satisfaire aux conditions d'accès strictes basées sur le travail. La flexibilisation accrue et le chômage structurel persistant y ont contribué. Le résultat est aussi que le profil d'âge des ayants droit à une allocation d'insertion a changé peu à peu : ils sont de plus en plus âgés. D'autre part, on pourrait affirmer

116 Gouvernement flamand (2013). *Voortgangsrapport 2012-2013 Vlaams Actieplan Armoedebestrijding Actieprogramma Kinderarmoede*, p. 58-60, http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/armoede/vlaamsactieplan/Documents/VoortgangsrapportVAPA_2012-2013.pdf

117 Décret du 12 janvier 2012 relatif à l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi et au dispositif de coopération pour l'insertion, *Moniteur belge*, 23 janvier 2012.

118 Il s'agit ici de cas de 'chômage volontaire' qui sont énumérés à l'article 5§1 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage.

119 http://www.rva.fgov.be/Frames/frameset.aspx?Language=FR&Path=D_opdracht_VW/&Items=3

que, dans le cas de cohabitants, la nécessité est moindre. D'un point de vue historique, le groupe cible de ces allocations est celui de jeunes qui sortent de l'école, qui, en attendant de trouver un emploi, vivent encore chez leurs parents. On s'attend alors à ce que ces derniers contribuent encore à soutenir leurs enfants financièrement. Mais un groupe croissant de chômeurs plus âgés dans ce dispositif ne peut recourir à cette solidarité familiale. Enfin, il faut rappeler que des allocations insuffisantes forment un obstacle dans le parcours vers l'emploi.

3.2.2. Conditions d'ouverture du droit

Dans le prolongement de l'Accord de Gouvernement fédéral, les conditions d'admission sur la base des études sont devenues plus sévères. La période d'inscription en tant que demandeur d'emploi qui précède le moment où ils pourront prétendre à une allocation d'insertion est prolongée à partir du 1^{er} janvier 2012 de 9 à 12 mois. À cela s'ajoute une condition d'accès supplémentaire : l'ONem convoquera les jeunes sortant des études à un entretien d'évaluation, à deux reprises durant le stage d'insertion professionnelle (au cours du 7^e et du 11^e mois). L'ONem vérifiera ainsi si les intéressés ont recherché activement du travail. Si les deux entretiens reçoivent une évaluation positive, on ouvre après un an le droit à une allocation d'insertion. Si un ou les deux entretiens sont négatifs, un nouvel entretien doit, de suite, être demandé. Deux évaluations positives sont requises pour pouvoir ouvrir le droit à cette allocation. Quiconque ne se présente pas à l'entretien après une deuxième lettre recommandée et n'a pas de raison valable motivant son absence, reçoit de toute façon une évaluation négative et voit son droit à une allocation d'insertion reporté jusqu'à la convocation à un nouvel entretien¹²⁰.

3.2.3. Conditions de maintien du droit

Avant la réforme de 2012, la procédure classique en matière de comportement de recherche actif était d'application pour les ayants droit à une allocation d'insertion. Avec la réforme, une nouvelle procédure d'activation adaptée est venue la remplacer avec des délais anticipés

et plus réguliers en termes de suivi et un cycle de deux entretiens d'évaluation, au lieu de trois¹²¹. Après six mois d'allocations d'insertion, les chômeurs reçoivent une demande écrite de la part de l'ONem d'être informé sur les efforts de recherche fournis. Ils ont le choix de renvoyer leur réponse par le biais d'un formulaire ou de solliciter un entretien oral dans le mois. Contrairement à la procédure classique, l'entretien de suivi intervient maintenant uniquement à l'initiative des chômeurs. En cas d'évaluation positive (de la réponse ou de l'entretien) ils conservent leur indemnité et six mois plus tard suit une nouvelle évaluation, selon la même procédure. En cas d'évaluation négative, ils sont convoqués dans le mois pour un entretien et une évaluation définitive. Si cette évaluation définitive est négative, une suspension intervient alors pendant minimum six mois. Ensuite, ils peuvent demander une nouvelle évaluation pour percevoir à nouveau des allocations d'insertion. Une autre nouveauté est la limitation du délai des allocations à trois ans. Après avoir démontré une certaine période de travail (six mois pendant une période de deux ans), un droit complémentaire de six mois s'applique toutefois. Désormais, une condition d'âge est en vigueur : la demande d'allocation doit être introduite avant l'âge de 30 ans.

3.2.4. Impact sur la pauvreté

Les nouvelles conditions risquent d'avoir des répercussions négatives pour la sécurité d'existence d'un très grand nombre de jeunes sortant des études. Les associations de terrain ne sont pas les seules à s'inquiéter, c'est également le cas du Conseil National du Travail¹²². Par manque de possibilités sur le marché du travail, la prolongation du délai d'insertion professionnelle mènera peut-être davantage de personnes vulnérables vers le CPAS ou reportera leur insertion sur le marché du travail pour une période plus ou moins longue. Il faut s'attendre à ce que la procédure d'activation

120 Arrêté royal du 17 juillet 2013 modifiant les articles 36, 59bis/1, 59ter/1, 59quater/1, 59quater/2, 59quater/3, 59quinquies/1 et 59quinquies/2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, *Moniteur belge*, 29 juillet 2013.

121 Arrêté royal du 20 juillet 2012 modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage, *Moniteur belge*, 30 juillet 2012. Voir http://www.rva.be/Frames/frameset.aspx?Path=D_new/&Items=1&Language=FR pour plus d'informations.

122 Conseil National du Travail et Conseil Central de l'Economie (2012). *Avis N° 1.806 - CCE 2012-0780 DEF CCR 10. Sixième rapport bisannuel de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale*, Séance commune des Conseils du 17 juillet 2012 ; Collectif Solidarité contre l'Exclusion (2013). « ONem : Contrôle 'dispo jeune' pour chômeur en allocation d'insertion », *Ensemble*, n° 79, août 2013, p. 42-45 ; Collectif Solidarité contre l'Exclusion (2013). « Jeunes en stage d'insertion : attention, contrôle dispo ! », *Ensemble*, n° 80, octobre 2013, p. 10-13.

lors de cette étape et pendant la période au cours de laquelle des allocations sont perçues, auront le même effet. Elles ne contiennent en effet aucune disposition qui tienne compte de la problématique de la pauvreté. En cas d'évaluation négative ou d'absence sans raison valable après une deuxième convocation, ils encourent une suspension de six mois. Dans la procédure ordinaire, c'est quatre mois, voire moins en fonction de la situation familiale et de revenus¹²³.

Les conditions plus sévères veulent recentrer davantage le système des allocations sur la base des études sur son objectif initial, à savoir une allocation de transition temporaire avant que l'on ait travaillé suffisamment

pour pouvoir bénéficier d'allocations sur la base de la réglementation ordinaire. Mais, comme suggéré ci-dessus, cet objectif a été abandonné peu à peu : le nombre d'ayants droit dans ce système a augmenté, tout comme leur âge et les allocations d'insertion ont pris un caractère de plus en plus permanent. Vu les caractéristiques de ce système, le nouveau suivi de ces chômeurs peut toutefois sembler légitime. Cela dit, cette nouvelle réglementation semble peu tenir compte du chômage important (des personnes faiblement qualifiées), de l'augmentation du travail intérimaire chez les jeunes ainsi que de leur vulnérabilité sociétale générale. « *Donc si je me retrouve encore une fois au chômage, je retomberais en allocation d'insertion. Je n'aurais pas encore le droit aux allocations chômage car n'ai pas encore travaillé assez longtemps et je me retrouverais sans paiement. J'ai pourtant bien travaillé toute ma vie, mais en intérim...* »

123 Plus d'infos sur les sanctions dans la procédure classique : http://rva.be/frames/frameset.aspx?Path=D_documentation/&Items=1&Language=NL et http://rva.be/Frames/frameset.aspx?Path=D_documentation/&Items=1&Language=FR

4. Revenu d'intégration

« *Je dois demander à certaines personnes comme au CPAS, de m'aider. C'est embêtant mais surtout humiliant. Parce que d'habitude, je ne demande jamais rien. J'essaye toujours de me débrouiller par moi-même. Mais je ne peux pas faire autrement* »¹²⁴.

Les précédents Rapports du Service ont dressé à plusieurs reprises le même constat : le renforcement de l'activation a pour effet qu'une partie des chômeurs sanctionnés se tourne vers le CPAS. Ceci est confirmé par une recherche réalisée à la demande du SPP Intégration Sociale sur la période 2005-2007¹²⁵ : le pourcentage de chômeurs sanctionnés qui s'adressent au CPAS n'augmente que légèrement, passant de 10 à 12 % mais comme le total des personnes sanctionnées a plus que doublé sur la même période, il en résulte malgré tout une augmentation importante en chiffres absolus.

Le transfert des demandeurs d'emploi vers le CPAS mène à un transfert des dépenses de sécurité sociale

vers le niveau communal : le revenu d'intégration que les CPAS octroient aux chômeurs sanctionnés est remboursé par le niveau fédéral à 50 %, 60 % ou 65 % selon leur taille ; une part importante est donc à charge des CPAS¹²⁶. On parle de 'communalisation' de la sécurité sociale. Avec la localisation de l'action publique à des échelles territoriales de plus en plus réduites, de plus en plus de demandeurs d'emploi sont refoulés hors des systèmes classiques de chômage¹²⁷.

Ce point traite donc du revenu d'intégration et suit la même structure que le point relatif à l'assurance chômage. Nous traiterons tout d'abord de l'adéquation des montants du RI, pour ensuite nous pencher sur ses conditions d'octroi. La loi de 2002 dispose que « *toute personne a droit à l'intégration sociale* »¹²⁸. Cependant, plusieurs conditions d'octroi existent, telles que l'âge, le lieu de résidence et la nationalité (voir le chapitre transversal).

124 Luttès Solidarités Travail (LST) (2008). « *Bienvenue mon bébé... mais j'ai pas...* », *La main dans la main*, n°259, p. 2.

125 Heylen, Vicky et al. (2009). *Flux potentiels des sanctionnés vers les CPAS. Le plan d'activation du comportement de recherche*, Recherche effectuée à la demande du SPP Intégration Sociale, p. 23-31.

126 Cherenti, Ricardo (2007), *op.cit.*, p. 18-25.

127 Wels, Jacques (2012). « Les effets pervers d'une diminution progressive des allocations de chômage », *La Revue Nouvelle*, n° 7-8, p. 8.

128 Article 2 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, *Moniteur belge*, 31 juillet 2002.

4.1. Montant du revenu d'intégration

Tout comme les autres revenus minimums qui relèvent de l'assistance sociale, le revenu d'intégration a comme objectif de prémunir de la pauvreté les personnes n'ayant aucun autre moyen de subsistance. Il se compose de montants forfaitaires, dont le niveau dépend de la catégorie dont on relève.

L'exposé des motifs de la loi qui a introduit le revenu d'intégration mentionne que le bénéficiaire doit pouvoir mener une vie conforme à la dignité humaine¹²⁹. La référence à la dignité humaine est surprenante pour différentes raisons :

- une telle référence ne figure pas dans la loi concernant le droit à l'intégration sociale, ni dans celle qui l'a précédée, la loi sur le minimex¹³⁰ ;
- le montant du minimex n'a pas été calculé en vue de garantir un revenu conforme à la dignité humaine. La base en était la garantie de revenus aux personnes âgées, introduite cinq ans auparavant : la hauteur de l'indemnité était uniquement déterminée par des considérations budgétaires. Le ministre compétent et différents parlementaires étaient bien conscients à l'époque que les montants étaient loin d'être suffisants¹³¹. Au fil des ans, on a certes augmenté de temps à autre les montants de base et, depuis quelques années, un mécanisme de bien-être existe afin de faire évoluer les indemnités sociales. Mais des hausses sensibles ne sont pour l'instant pas encore intervenues ;
- les associations dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent et bon nombre d'autres organisations indiquent, depuis de nombreuses années, que les montants ne permettent pas de mener une vie dans la dignité. Le fait que le revenu d'intégration soit encore largement inférieur au seuil de risque de pauvreté¹³² et à la norme budgétaire¹³³ en constitue, selon elles des indications chiffrées.

« [Maintenant je suis au chômage et mes allocations] diminuent au fur et à mesure. Elles ont déjà diminué. Je crois que je peux tomber à 900 euros, 800 minimum. Enfin, un truc comme ça. Et moi franchement, après avoir vécu avec le revenu d'intégration, moi ça me paraît beaucoup 900. Enfin c'est pas que c'est beaucoup mais... Quand on a vécu avec moins de 700 euros... Là tu te dis 'mais comment je fais ?' ». Les montants trop faibles favorisent le recours à l'aide complémentaire, laquelle est également dispensée par les CPAS. Une très grande part de cette aide n'est pas remboursée par l'État fédéral, contrairement au revenu d'intégration. Cela contribue à déplacer la protection sociale vers les administrations locales. Cette aide, contrairement au revenu d'intégration, n'est pas liée à des conditions uniformes s'appliquant à tous les CPAS, ce qui ne favorise pas la sécurité juridique des demandeurs.

Les catégories de ménages ont également fait l'objet de discussions. On a surtout souligné la modicité du montant et l'existence même de la catégorie de cohabitant (voir le chapitre transversal). L'idée que les catégories actuelles de ménage ne tiennent pas suffisamment compte de la composition de famille existe aussi mais elle n'a pas été débattue en concertation¹³⁴.

4.2. Attribution du revenu d'intégration

4.2.1. Lien avec la disposition à travailler

Modifications apportées par la loi sur le droit à l'intégration sociale (loi DIS)

Historiquement, le lien entre l'aide sociale et la réintégration dans le monde du travail ne date pas de la loi de 2002 sur le droit à l'intégration sociale. En effet, dès 1974 et l'établissement du 'montant minimum d'existence', ce droit est conditionné par l'assurance que le demandeur n'est « *pas en mesure de se procurer les ressources suffisantes* » pour vivre, et au fait qu'il apporte « *la preuve qu'il est disposé à être mis au travail, à moins que cela soit impossible pour des raisons de santé ou pour des raisons sociales impéra-*

129 Exposé des motifs, projet de loi relatif au droit à l'intégration sociale, 23 janvier 2002, DOC 50 1603/001.

130 Loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence, *Moniteur belge*, 18 septembre 1974.

131 Parl. doc., Senaat, S.E., 1974, 247/1, p. 3 ; Parl. doc., Senaat, S.E., 1974, 247/1, p. 2 ; Parl. doc., Kamer, Senaat., 1968, 14/1 ; Parl., doc. Kamer, Zittingen 1968-1969, 134, p. 6-8.

132 Voir le tableau dans le chapitre transversal.

133 Van Thielen, Leen et al. (Katholieke Hogeschool Kempen), Deflandre, Dimitri et Marie-Thérèse Casman (Université de Liège), Van den Bosch, Karel (Universiteit Antwerpen) (2010), *op.cit.*, p. 33-38 ; p. 414-416, http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/AP/rAP40_2.pdf

134 Voir par exemple la proposition du Gezinsbond, <http://www.gezinsbond.be/images/stories/studie/standpunt/leeflonen.pdf>

tives »¹³⁵. Et dès la loi organique de 1976, les CPAS ont la possibilité de mettre à l'emploi les minimexés (articles 60§7 et 61). C'est au CPAS à examiner la disposition au travail de la personne lorsqu'elle introduit sa demande, et ce, indépendamment de l'origine de son état de besoin (qu'il s'agisse ou non d'une sanction¹³⁶).

La contractualisation des relations entre les usagers et les CPAS a été introduite dans la loi de 1974 par le Programme d'urgence pour une société plus solidaire en 1993, qui prévoit que la « *la preuve qu'il est satisfait à [cette condition de disponibilité sur le marché de l'emploi] peut notamment résulter de l'acceptation et du suivi d'un projet individualisé d'intégration sociale proposé par le bénéficiaire ou par le centre* »¹³⁷. Pour les bénéficiaires de moins de 25 ans, la conclusion de ce contrat est obligatoire. Cela a amené de nombreuses personnes à critiquer l'emploi du terme de 'contrat'¹³⁸.

Les principaux changements apportés en 2002 concernent les moins de 25 ans : la loi consacre la priorité à l'emploi sur le versement d'un revenu d'intégration. Le droit à l'intégration sociale par l'emploi peut ainsi faire l'objet, dans les trois mois qui suivent la demande, d'un contrat de travail ou d'un Projet Individualisé d'Intégration Sociale (PIIS) menant à terme à un contrat de travail. Il ne s'agit pas ici d'un 'droit à l'emploi' mais d'une obligation de moyens à charge des CPAS : celle de mettre tout en œuvre pour amener le jeune à l'emploi. Quant aux plus de 25 ans, le bénéficiaire doit dorénavant uniquement « *être disposé à travailler* » : la charge de la preuve de la disposition au travail ne peut plus reposer sur le bénéficiaire uniquement. Tant le CPAS que l'utilisateur doivent 'rechercher activement du travail'. En outre, l'octroi ou le maintien du RI peut être assorti de la conclusion d'un PIIS. Sa conclusion ne sera obligatoire que si le bénéficiaire ou le CPAS en fait la demande¹³⁹.

La question qui se pose est de savoir si cette loi, plus de 10 après son entrée en vigueur, a atteint son

objectif. Lors de la réforme de la loi, les organisations de lutte contre la pauvreté ont affirmé que, si le revenu minimum ne suffit pas à sortir effectivement de la pauvreté, il constitue malgré tout un tremplin indispensable pour pouvoir faire valoir ses droits fondamentaux dans d'autres domaines. Pour ces organisations, l'imposition d'un plus grand nombre de conditions à l'octroi d'une garantie de revenu a des effets pervers pour les personnes pauvres : en raison de leurs conditions de vie précaires, elles ont plus de mal à comprendre et à négocier les dispositions écrites du contrat et à respecter les conditions qui y figurent ; les sanctionner ne fait donc qu'aggraver leur situation. L'application stricte du lien entre emploi et intégration sociale soulève aussi des questions au vu de la flexibilisation du marché de l'emploi et de la plus grande probabilité que ces personnes soient confinées dans des emplois précaires. Selon ces organisations, faire du droit à l'intégration sociale une condition au droit à un revenu minimal entraîne une 'perte de droits'¹⁴⁰.

L'article 60 §7 de la loi DIS

Les contrats de travail 'article 60§7' représentent le dispositif le plus important de mise à l'emploi pour les bénéficiaires du RI. Ils représentaient, en 2010, 90,9 % des mises au travail par les CPAS¹⁴¹. S'ils permettent de disposer (temporairement) d'un revenu plus important et d'acquérir une expérience de travail, ils soulèvent tout de même de nombreuses questions.

Tout d'abord, un contrat en article 60 peut juridiquement être un contrat à durée indéterminée, mais dans la pratique, il s'agit très souvent d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat à durée indéterminée mais auquel il est mis fin au moment où la personne peut (ré)ouvrir ses droits à une allocation de chômage complète. L'État fédéral n'intervient alors plus pour subsidier ce contrat, et souvent, le CPAS arrête le contrat. Il existe tout de même des CPAS qui, alors, engagent les gens sur fonds propres. « *J'ai réussi à rouvrir mes droits au chômage grâce à l'article 60. C'est-à-dire que j'ai travaillé le nombre d'heures qu'il me fallait. J'ai travaillé deux ans. Deux ans où j'ai eu un salaire je dirais comme tout le monde, où j'ai*

135 Article 6 de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence, *Moniteur belge*, 7 août 1974 ; Zamora, Daniel (2012). « Les CPAS : empiète du contrat social », *Histoire de l'aide sociale en Belgique, Politique*, n° 76, p. 40-45.

136 Dumont, Daniel (2012). *La responsabilisation des personnes sans emploi en question*, La Chartre, Bruxelles, p. 123-124.

137 Article 6 de la loi du 7 août 1974.

138 Dumont, Daniel, *op.cit.*, p. 153.

139 *Ibid.*, p. 180-181.

140 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'intégration sociale (2001). *Note au Ministre de l'intégration sociale et au conseil des Ministres relative au projet de loi concernant le droit à l'intégration sociale*, <http://www.luttepauvrete.be/publications/noteintegration sociale2001.pdf>, p. 4-12.

141 ONEm (2012). *Les allocataires de l'ONEm admis sur la base de prestations de travail pour les CPAS en application de l'article 60§7 de la loi organique des CPAS*, p. 41.

pu remettre plus ou moins en place les petites dettes que j'avais et tout. [...] Je travaillais dans les écoles, et au bout des 2 ans, j'ai des directrices d'école qui ont pleuré pour que je continue, que la commune me fasse un contrat en bonne et due forme. [Mais j'ai pas pu et je suis allée au chômage.] Une fois que la personne a le droit au chômage, on la met sur l'autre filière. Et on réengage un article 60 et on récupère l'argent. Moi, je demandais qu'une chose, qu'on fasse de ce contrat d'article 60 un contrat indéterminé normal. Et que je puisse reprendre le contrôle ». Ces contrats doivent être couplés à la création d'emplois de qualité et à une bonne collaboration avec les services de placement régionaux, les a.s.b.l. et les entreprises, afin de pouvoir représenter une transition durable et une réelle perspective d'avenir. Sans cela, ils risquent de n'être qu'une étape en plus dans le cercle vicieux 'emploi précaire-inactivité' qui, à terme, décourage les demandeurs d'emploi.

C'est également un contrat de travail qui suppose une période d'essai classique. Mais dans les faits, selon les participants à la concertation, certains CPAS mettent en place des stages, de deux semaines ou plus, jusqu'à parfois 6 mois, préalables à l'article 60. Cela peut poser des problèmes : si la personne peut conclure un PIIS formation par le travail, alors ces stages sont acceptables. Sinon, ils sont une forme d'abus. Certains participants à la concertation soulignent que les tribunaux ont d'ailleurs tendance à reconnaître ces stages rétroactivement comme un contrat de travail.

La loi de 2002 dispose que pour les moins de 25 ans, l'emploi doit être adapté à la situation personnelle et aux capacités de l'intéressé¹⁴². Ce n'est pas précisé pour les bénéficiaires plus âgés, mais cela semble s'imposer, au vu de la philosophie générale de la loi. Ainsi, un juge a reconnu qu'un emploi à temps plein proposé à une mère éduquant seule ses sept enfants n'était pas un emploi 'adapté'¹⁴³.

Enfin, différentes organisations signalent que, depuis le renforcement de l'approche d'activation, des personnes sans emploi sanctionnées par l'ONEm se voient refuser systématiquement le droit à un revenu

d'intégration par certains CPAS parce qu'ils estiment qu'ils ne satisfont pas aux conditions relatives à la disposition à travailler. Les participants à la concertation relatent également que des CPAS font une distinction claire entre ceux qui demandent le RI et ceux qui demandent l'aide sociale (allocation de chauffage, aides en nature,...) : les chômeurs exclus auraient droit au premier type d'allocation, mais pas au deuxième. Cela revient à supprimer toutes les aides connexes au RI, de façon automatique. Une telle interprétation de la réglementation est pourtant illégale. La notion de 'disposition au travail' selon la loi DIS doit en effet être distinguée de la 'disponibilité pour le marché de l'emploi' selon l'A.R. portant réglementation du chômage. Qu'une personne ait été sanctionnée ou non par l'ONEm, le CPAS doit examiner concrètement les démarches réalisées par le demandeur¹⁴⁴. Si le système de vases communicants entre les différents dispositifs de protection sociale ne fonctionne plus, cela laissera de nombreuses personnes, déjà vulnérables, sans rien. Notons en outre les expériences de bénéficiaires que l'on veut obliger à travailler bénévolement, chose pour laquelle il n'existe pas non plus de base légale.

4.2.2. La problématique des indépendants

Les indépendants trouvent difficilement le chemin du CPAS. Ils ont tendance à ne demander de l'aide qu'au dernier moment, quand leurs problèmes sont déjà graves et multiples. Et beaucoup de travailleurs sociaux ne sont pas familiarisés avec leur problématique. Certains participants à la concertation évoquent le fait que trop peu de CPAS suivraient les formations axées spécifiquement sur l'accompagnement des indépendants. Il est parfois question de méfiance ; ceci est la conséquence des difficultés rencontrées lors du contrôle des revenus des indépendants durant l'enquête sociale. Certains CPAS ajouteraient même des conditions pour les indépendants qui ne sont pas conformes à la loi : par exemple, en se basant sur des factures au lieu des revenus réels, en demandant de tenir une comptabilité analogique par mois en plus de la comptabilité normale par trimestre, en demandant de cesser leur activité, et en ne tenant pas compte des cotisations sociales et des paiements anticipés d'impôt ou de la distinction entre le revenu personnel et celui de la société. Il arrive souvent que le CPAS refuse

142 Art.6, §1^{er} de la loi du 26 mai 2002.

143 Trib. Trav. Nivelles, 21 janvier 2004, Chron.D.S., 2006, p.235 ; Mormont, Hugo et Katrin Stangherlin (dir.) (2011). *Aide sociale – Intégration sociale, le droit en pratique*, La Chartre, Bruxelles, p. 327.

144 Mormont, Hugo et Katrin Stangherlin (dir.), *op.cit.*, p. 327.

d'accorder une aide s'il constate que l'indépendant possède un bien immobilier. En réalité, il n'est pas rare que ces indépendants doivent payer un emprunt dont le montant correspond à peu près à un loyer. La question se pose de savoir si le législateur ne doit pas accepter plus de souplesse sur ce plan.

De plus en plus de CPAS prennent toutefois conscience qu'ils doivent mieux développer le soutien pour ce groupe cible. Les accords de collaboration en Flandre (et dans le futur en Région de Bruxelles-Capitale) avec des associations qui aident les indépendants en difficulté en constituent une illustration. Mentionnons également deux initiatives en cours du SPP Intégration sociale (IS) :

- une collaboration du SPP IS avec des 'experts de terrain' afin de permettre aux travailleurs des CPAS de mieux répondre aux questions spécifiques qui leur sont adressées par le public des indépendants en difficulté. Un élément essentiel consiste à déterminer les revenus dans le cadre de l'enquête sociale préalable à l'octroi du revenu d'intégration. Ce projet s'achèvera d'ici la fin de l'année et une publication suivra au début de l'année prochaine ;
- la réalisation d'une brochure destinée aux indépendants en difficulté afin de contribuer à réduire le non-exercice des droits qu'ils peuvent revendiquer auprès du CPAS.

5. Assurance en cas de faillite

L'assurance en cas de faillite est le système le plus récent faisant partie du statut social des indépendants¹⁴⁵. Dans certaines circonstances, elle fait fonction d'allocation de remplacement pour les indépendants. On pourrait par conséquent la considérer, d'une certaine manière, comme une forme limitée d'assurance chômage. Mais une différence importante est que l'assurance en cas de faillite, tout comme le revenu d'intégration, est résiduaire par nature : pour pouvoir y prétendre, il faut avoir épuisé ses droits à d'autres indemnités. Une deuxième différence est qu'il n'y a pas de prime à payer pour pouvoir bénéficier de l'indemnité. Si c'était le cas, pratiquement aucun failli ne pourrait y recourir¹⁴⁶.

Le champ d'application de l'assurance en cas de faillite a été élargi à plusieurs reprises. Initialement, le système était uniquement ouvert aux travailleurs indépendants faillis, à savoir des indépendants qui ont été personnellement déclarés en faillite (entreprise unipersonnelle), ainsi que les gérants, administrateurs et associés commandités d'une société commerciale qui a été déclarée en faillite, pour

autant qu'il ne s'agisse pas d'une faillite frauduleuse. Ensuite, l'assurance en cas de faillite s'est élargie aux personnes sous le coup d'un règlement collectif de dettes. Cela permet aux non-commerçants, comme les aidants indépendants, les agriculteurs ou les personnes exerçant une profession libérale, d'y recourir, étant donné que ceux-ci ne peuvent être déclarés en faillite¹⁴⁷. Depuis le 1^{er} octobre 2012, l'assurance a encore été élargie, notamment dans certaines situations de force majeure (catastrophe naturelle, destruction de matériel de travail, incendie et allergie). Il est désormais possible d'avoir recours à plusieurs reprises à l'assurance en cas de faillite, à condition que la durée totale sur l'ensemble de la carrière professionnelle ne dépasse pas 12 mois. Il est important – certainement pour les plus vulnérables, parce qu'ils éprouvent le plus de difficultés face aux formalités administratives – de prévoir dorénavant un délai de deux trimestres pour introduire la demande au lieu d'un¹⁴⁸.

L'assurance implique le maintien des droits en matière de prestations familiales et de soins de santé et une prestation mensuelle, qui correspond aux

145 Arrêté royal du 18 novembre 1996 instaurant une assurance sociale en faveur des travailleurs indépendants en cas de faillite et des personnes assimilées, en application des articles 29 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, *Moniteur belge*, 13 décembre 1996.

146 Tussenstap (2013). *Opleidingscyclus voorkomen tot genezen. Het faillissement humaniseren*, p. 13-15.

147 Unizo-studiedienst (2008). *Van faillissementsverzekering tot overbruggingsrecht*.

148 Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (INASTI) (23 octobre 2012). *Assurance en cas de faillite*, <http://www.rsvz.be/fr/selfemployed/bankruptcyinsurance/index.htm>

montants de la pension minimum pour indépendants, durant douze mois au maximum durant tout le parcours professionnel en tant qu'indépendant¹⁴⁹.

Les caisses d'assurances sociales doivent de manière automatique informer leurs membres faillis de leurs droits à bénéficier de l'assurance en cas de faillite. Le courrier que la caisse d'assurance sociale envoie à ce propos, arrive presque toujours dans les mains du curateur, qui ne transmet pas toujours ou trop tardivement cette information importante à l'indépendant. Selon le groupe de concertation, c'est l'une des causes de *non take-up*. Chaque année, une demande est introduite dans seulement 8 à 10 % des faillites¹⁵⁰. Une autre cause est la méconnaissance de cette réglementation par de nombreux indépendants. Le caractère résiduaire de l'assurance en cas de faillite n'incite pas non plus à introduire une demande : on doit d'abord par exemple demander une allocation de chômage et attendre la décision quant à savoir si on entre en considération, ensuite peut-être s'adresser au CPAS parce que la décision se fait attendre longtemps. En outre, 'l'assurance faillite' ne contribue pas à la constitution de droits à la pension et est limitée dans le temps, contrairement à l'assurance chômage. Selon la DG Indépendants du SPF Sécurité Sociale, cela est cohérent : les indépendants ne contribuent pas à l'assurance en cas de faillite et leurs cotisations sociales n'ont été augmentées ni au moment de l'introduction de cette allocation ni lors de l'augmentation de son montant ; il n'y aurait donc pas assez de moyens financiers disponibles pour étendre ce droit.

D'après les participants au groupe de concertation, une des difficultés liée à l'assurance en cas de faillite est qu'elle n'offre un soulagement qu'aux indépendants qui ont effectivement fait faillite, en leur fournissant un remplacement de revenu temporaire. L'assurance faillite ne constitue pas une solution pour les travailleurs indépendants qui se trouvent pris dans de grandes difficultés financières mais sans être en faillite. Ceux qui ne font pas faillite mais qui mettent un terme à leur activité dans les quinze ans après le début de celle-ci peuvent bénéficier d'une allocation de chômage à condition d'avoir travaillé suffisamment longtemps comme salarié avant de devenir indépendant. Ils doivent alors apporter la preuve de ce travail salarié. En pratique, il leur est extrêmement difficile de fournir cette preuve, voire de démontrer que leur employeur précédent ne veut plus les réengager (condition exigée si le travailleur a démissionné de son travail comme salarié)¹⁵¹. Et enfin, l'assurance créerait un obstacle au retour à l'emploi : à la différence des personnes au chômage, les indépendants faillis ne peuvent prétendre à des mesures de mise à l'emploi ; de plus, ils perdent leur allocation dès qu'ils vont travailler un jour.

Les acteurs de terrain sont donc acquis à l'idée d'une indemnité de cessation. Ce serait une sorte d'allocation de chômage temporaire à la suite d'une cessation forcée avant une faillite ou à la suite d'une faillite. Il existe déjà de tels systèmes à l'étranger¹⁵².

149 <http://www.rsvz-inasti.fgov.be/fr/tools/numbers/bankruptcyallowance.htm>

150 Unizo-studiedienst, *op.cit.*

151 Lambrecht, Johan, Van Caillie, Didier et al. (2012), *op.cit.* p. 39-43., <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=295159&langtype=2060>

152 *Ibid.*, p. 39-43.

Recommandations

1. Mener une politique globale et cohérente de lutte contre la pauvreté des travailleurs salariés

En comparaison avec d'autres États membres de l'UE, la Belgique se caractérise par un taux de travailleurs salariés exposés à un risque de pauvreté relativement faible. Cependant, en chiffres absolus, il s'agit d'un groupe très important. Des recherches et des signaux venant du terrain indiquent en outre que le chiffre de risque de pauvreté sous-estime le nombre de travailleurs salariés pauvres.

Lutter efficacement contre la pauvreté des travailleurs nécessite une politique générale visant à prévenir et à combattre la pauvreté. Elle exige une approche politique qui combine, de manière cohérente, la possibilité de bénéficier de revenus professionnels suffisants avec de bonnes conditions de travail et des services sociaux accessibles.

1.1. Créer davantage d'emplois de qualité, en particulier pour les travailleurs les plus vulnérables

Le risque élevé de pauvreté des adultes vivant dans un ménage sans emploi ou faiblement rémunéré permet de supposer qu'un emploi est le meilleur moyen pour sortir de la pauvreté. C'est vrai dans de nombreux cas. Mais pour une partie des chômeurs, un des obstacles pour trouver rapidement un emploi est précisément la pauvreté dans laquelle ils vivent. Il faut donc y remédier en priorité. Pour beaucoup de chômeurs vulnérables, plusieurs éléments doivent être combinés :

- créer davantage d'emplois : déjà avant la crise, beaucoup de chômeurs, à commencer par les moins qualifiés, ne trouvaient pas d'emplois tenant compte de leurs qualifications et de leurs possibilités. La réduction du décrochage scolaire et le développement d'une offre de formations et d'accompagnements de qualité permettraient de mieux orienter les chômeurs vers les offres d'emploi vacantes. De plus, les pouvoirs publics pourraient davantage exercer un rôle d'exemple en matière de création d'emplois pour les personnes plus vulnérables. Ils pourraient également développer les incitants pour des employeurs dans l'économie sociale et l'économie classique, en veillant toutefois à ce que ceux-ci n'entraînent pas d'effets de substitution ou d'effets d'aubaine ;
- garantir de bonnes conditions de travail ou donner la

perspective de pouvoir accéder à un emploi qui offre de telles conditions : la tendance à la flexibilisation du marché de l'emploi est, en général, négative pour les travailleurs qui ont déjà du mal à s'insérer. Les contrats de courte durée ou intérimaires devraient constituer un tremplin vers un emploi stable. Quant aux emplois à temps partiel, ils devraient être un véritable choix pour les travailleurs (il s'agit généralement de femmes) et fournir un revenu (complémentaire) suffisant pour le ménage. Les travailleurs sous contrat à temps partiel doivent dès lors être suffisamment informés de l'impact du travail à temps partiel sur les droits sociaux (chômage, pension) ;

- s'attaquer aux discriminations sur le marché de l'emploi auxquelles sont surtout confrontés les travailleurs d'origine hors UE et les travailleurs âgés.

1.2. Engager le débat sur une augmentation des salaires minimums bruts

Sous l'influence de l'approche du 'Make Work Pay', le retard des salaires minimums bruts par rapport à l'évolution du bien-être s'est aggravé. Cette tendance est moins visible pour les salaires minimums nets car il existe des mesures (para)fiscales qui augmentent les revenus nets des emplois faiblement rémunérés (bonus à l'emploi). Il est demandé aujourd'hui de réfléchir à une augmentation des salaires minimums bruts pour :

- pouvoir augmenter sensiblement les allocations d'assistance sociale et de sécurité sociale (voir le chapitre transversal) et maintenir un écart suffisant entre les salaires minimums et les allocations sociales. Réaliser cette augmentation au moyen d'une nouvelle majoration du bonus à l'emploi risquerait de créer un piège aux bas salaires ;
- renforcer les droits de la sécurité sociale des travailleurs ayant un bas salaire. Les allocations de sécurité sociale sont calculées en fonction des salaires bruts.

1.3. Garantir des services publics et sociaux accessibles et abordables financièrement

La Recommandation de la Commission européenne relative à l'inclusion active attache, à juste titre, beaucoup d'importance aux services publics et sociaux (mobilité, garde d'enfants, logement social, services de santé,...) qui

peuvent faciliter le passage vers l'emploi. En Belgique, les difficultés pour accéder à certains de ces services et leur coût constituent un frein plus important à l'acceptation d'un emploi que l'écart de revenu entre une allocation sociale et un salaire à temps plein. C'est pourquoi développer l'éventail de ces services et améliorer leur accessibilité financière aura des répercussions positives sur la sécurité d'existence et la sécurité d'emploi des personnes qui vivent dans des ménages à faibles revenus.

2. Faire connaître et expliquer les changements issus de la réforme en matière d'assurance chômage

- Donner aux organismes de paiement les moyens et les outils nécessaires pour qu'ils puissent fournir une information correcte et des explications accessibles à tous ; le renforcement de la dégressivité rend plus complexe encore la réglementation relative à l'assurance chômage. Ceci peut entraîner des erreurs dans le calcul des montants et des informations erronées, et par conséquent créer une insécurité juridique et une perte de droits. Les organismes de paiement ont aussi plus de mal à informer les demandeurs d'emploi de la manière dont leur allocation va évoluer pendant les prochains mois alors que ceux-ci, en particulier ceux qui ont un faible revenu, ont besoin de pouvoir évaluer correctement leur budget à court terme.
- Prévoir des possibilités d'accompagnement suffisantes, par les services de placement régionaux et les organismes de paiement, des bénéficiaires d'une allocation d'insertion. La nouvelle procédure de contrôle des bénéficiaires d'une allocation d'insertion prévoit que les chômeurs ne sont plus automatiquement convoqués à un entretien de suivi à l'ONEm mais peuvent choisir d'avoir cet entretien ou d'envoyer à l'ONEm un formulaire reprenant des informations sur leurs efforts pour trouver un emploi. Solliciter soi-même un entretien, demander de l'aide pour remplir le formulaire, répondre correctement aux questions et comprendre la portée de celles-ci pour le maintien des droits, sera problématique pour les demandeurs d'emploi fragilisés.

3. Évaluer l'impact sur la pauvreté de la réforme de l'assurance chômage

Les participants déplorent que les réformes réalisées en exécution de l'Accord de Gouvernement fédéral de 2011

n'aient pas fait l'objet d'une étude préalable pour évaluer leurs conséquences éventuelles en termes de pauvreté ('mesure d'impact sur la pauvreté'), avec la participation d'associations où dans lesquelles des personnes pauvres se reconnaissent, d'autres associations de lutte contre la pauvreté et de services sociaux. En outre, ils estiment qu'une mesure d'impact sur la pauvreté du Plan d'activation du comportement de recherche des chômeurs, reste pertinente, malgré les évaluations déjà effectuées. En effet, ces réformes ont de profondes répercussions sur les conditions de vie des demandeurs d'emploi, en particulier ceux qui vivent dans la pauvreté.

Nous résumons ici les principaux éléments à prendre en compte dans cette évaluation, d'après les participants au groupe de concertation :

Éléments à prendre en compte pour l'évaluation de la dégressivité renforcée des allocations de chômage

- le grand retard des allocations de chômage par rapport à l'évolution du bien-être, malgré le léger redressement suite à l'instauration du Pacte des générations ;
- l'impact de la dégressivité renforcée sur la protection contre la pauvreté. Avant la réforme, les montants minimaux, mais aussi maximaux, pour les chefs de ménage et les isolés en deuxième période d'indemnisation, n'offraient pas de protection suffisante contre la pauvreté. La dégressivité introduite pour ces catégories de ménages risque d'encore renforcer cela, rendant plus difficile l'accès au logement et aux soins de santé, augmentant les risques de surendettement, etc. Cela peut également diminuer l'énergie disponible pour entreprendre des démarches en vue de trouver un emploi ;
- l'impact de la dégressivité renforcée sur les moyens disponibles pour couvrir les coûts liés à la recherche d'un emploi (téléphone et internet, transport, garde d'enfants,...) ;
- l'impact de la dégressivité plus rapide qui s'appliquera aux cohabitants, en tenant compte de la perspective de genre.

Éléments pour l'évaluation du contrôle du chômage involontaire

- l'impact de la modification de deux critères d'emploi convenable : distance domicile/travail plus longue et délai relatif au maintien du choix professionnel raccourci ;
- l'impact du Plan d'activation et son extension à de

nouvelles catégories de chômeurs. Le Plan d'activation a déplacé la charge de la preuve du chômage involontaire dans la direction du demandeur d'emploi. Les plus vulnérables courent le plus de risques de sanctions parce que la procédure de suivi ne tient pas suffisamment compte de leur problématique ;

- l'impact du renforcement des conditions d'ouverture et de maintien du droit aux allocations d'insertion sur l'insertion socioprofessionnelle et les conditions de vie. La nouvelle procédure de suivi risque de rendre plus difficile l'insertion des jeunes socialement vulnérables. De plus, la limitation de l'allocation à trois ans et à l'âge de 33 ans peut entraver les conditions de vie des ayants droits, si leur sortie du système n'est pas suivie par une transition vers un emploi durable.

Éléments pour l'évaluation de l'accès aux allocations de chômage sur la base du travail

L'impact de l'assouplissement de l'admissibilité au chômage et de la possibilité de retour à la première période d'indemnisation pour les personnes ayant eu une carrière marquée par une succession d'emplois à court terme.

4. Garantir la protection contre le chômage au niveau fédéral

Le Plan d'activation a mené à ce qu'une partie des chômeurs sanctionnés se tournent vers les CPAS. La dégressivité renforcée menace de provoquer le même effet. Dans l'attente d'une évaluation de ces réformes, les CPAS doivent disposer des moyens suffisants pour répondre au nombre supplémentaire de demandeurs, de sorte que les droits sociaux de ces derniers soient le moins possible détériorés.

5. Garantir un revenu minimum permettant de mener une vie conforme à la dignité humaine

Le revenu d'intégration ne permet pas de vivre conformément à la dignité humaine. À titre indicatif, rappelons que le montant du RI se situe en-dessous du seuil de risque de pauvreté et de la norme budgétaire, malgré les augmentations qui ont eu lieu ces dernières années et l'introduction du mécanisme d'adaptation au bien-être.

6. Évaluer les effets de la conditionnalité du revenu d'intégration et en débattre

Intensifier le contrôle des interprétations illégales des conditions relatives à la disposition à travailler (exemple : les CPAS qui refusent systématiquement d'attribuer un RI à des chômeurs sanctionnés) ;

- améliorer la diffusion d'informations sur les procédures de recours en cas de sanctions des bénéficiaires et accompagner ceux qui y ont recours ;
- développer un instrument uniforme d'enregistrement des sanctions des bénéficiaires du RI ;
- mener une évaluation qualitative et quantitative des sanctions, avec la participation des acteurs de terrain concernés, en se basant également sur l'instrument d'enregistrement des sanctions.

7. Mener un débat relatif à l'enquête sur les ressources préalable à l'octroi du revenu d'intégration

- Un certain nombre d'éléments dans le mode de calcul – la prise en compte d'autres revenus du ménage, les montants exonérés (revenu cadastral, économies, biens immobiliers bâtis et non bâtis pour lesquels les indépendants ont encore un emprunt en cours,...) et les taux d'intérêt fictifs qui sont appliqués pour estimer la part de leurs économies dans les moyens d'existence – sont considérés comme injustes. Leur évaluation, en collaboration avec les différents acteurs, peut indiquer comment mettre ce mode de calcul davantage en adéquation avec la réalité et mieux tenir compte de situations de vie difficiles.
- Certains CPAS imposeraient des conditions supplémentaires aux indépendants, ce qui n'est pas légal. Une association qui accompagne des indépendants en difficulté est prête à collaborer à la mise au point d'un instrument qui aiderait à déterminer les revenus réels des indépendants et qui entraînerait une simplification administrative.

8. Améliorer encore les services des CPAS destinés aux indépendants

Étendre les accords de coopération avec des associations qui accompagnent des indépendants en difficulté et proposer aux travailleurs sociaux des formations qui concernent spécifiquement ce public. Les indépen-

dants s'adressent en effet difficilement au CPAS et les travailleurs sociaux des CPAS sont parfois peu familiarisés avec leur problématique.

9. Mener un débat sur l'extension de l'assurance en cas de faillite et sa conversion en une 'indemnité de cessation d'activité'

- Investir beaucoup plus dans la prévention des faillites, ce qui commence par une aide à apporter dès le lancement de l'activité. Il convient à cet égard de poursuivre les efforts entrepris par les Régions.
- L'assurance en cas de faillite n'est pas une solution

pour les indépendants dont l'activité n'est plus viable, mais qui ne peuvent pas faire appel à l'assurance en cas de faillite ou à l'assurance chômage pour obtenir un revenu temporaire de remplacement. On peut se demander si ces indépendants et les indépendants faillis ne pourraient pas être couverts par une seule indemnité, une sorte d'indemnité de cessation d'activité qui ferait office d'allocation de chômage temporaire. Un débat sur une telle indemnité doit aussi aborder la question de son financement, dans l'optique du maintien de l'équilibre du régime des travailleurs indépendants.

Liste des participants

Groupe de concertation

- ATD Quart Monde / ATD Vierde Wereld
- CAW Oost-Vlaanderen
- Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie
- CGSLB – Service d'études fédéral / ACLVB - Federale Studiedienst
- Collectif Solidarité Contre l'Exclusion
- CSC - Travailleurs sans emploi / ACV - Werkzoekendenwerking
- CSC Service d'études - ACV Studiedienst
- Équipes populaires
- Federatie van Vlaamse OCMW - maatschappelijk werkers
- Fédération des Centres de Services Sociaux
- Fédération Wallonne des Assistants Sociaux de CPAS (FéWASC)
- Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté
- Front commun des SDF
- Gezinsbond
- Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes / Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen
- La Rochelle
- Le Forem
- Luttes Solidarités Travail

- Nederlandstalige Vrouwenraad
- Netwerk tegen Armoede
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad
- Relais Social du Pays de Liège
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen
- SPP Intégration sociale / POD Maatschappelijke integratie
- VDAB
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) - afdeling maatschappelijke integratie en werk
- Vierdewereldgroep - Mensen voor mensen vzw
- Vlaamse Ouderenraad
- vzw Wieder
- Welzijnsschakels

Contacts bilatéraux

- ABVV Vorming en Actie voor werklozen
- De Lege Portemonnees
- l'aDAS – Défense des Allocataires Sociaux
- ONEm – Direction Réglementation chômage et contentieux

Récit de vie 3

Recueilli le 22 février 2013

Une femme divorcée de 54 ans, avec certaines difficultés de santé, habite à nouveau avec un partenaire. Ils louent sur le marché privé.

Vers l'âge de trente ans, elle a des problèmes de dos et doit être opérée. Travailler lui devient pénible et elle ne parvient plus non plus à s'occuper des tâches ménagères. Elle souffre de surcroît de problèmes psychiques. Elle est forcée d'arrêter de travailler, ce qu'elle a du mal à accepter.

Elle se sépare de son mari et se retrouve seule. Au CPAS, elle peut compter sur « *une très bonne accompagnatrice* » et a droit à un revenu d'intégration. « *Mais il est très difficile de s'en sortir avec ce revenu. Si vous vous retrouvez seule et devez commencer une nouvelle vie, c'est vrai, ce n'est vraiment pas évident, et c'est ainsi que je suis tombée dans la pauvreté.* »

Avec le soutien du CPAS, elle effectue les démarches nécessaires pour obtenir une allocation pour personne handicapée. « *Et ces papiers ne parviennent jamais à être en ordre. Il faut aller ici, puis là, puis encore là. S'informer à tel et tel endroit, et à chaque fois, encore et toujours de nouveaux papiers. Et les personnes qui reçoivent constamment de tels papiers disent aussi 'nous ne savons pas'. Cela aurait dû être beaucoup plus clair.* »

Entre-temps, elle peut également compter sur un soutien financier du CPAS qui intervient dans ses frais médicaux, tant qu'elle est en thérapie. « *Dès le moment où j'ai dit, en concertation avec le psychologue, 'je vais mieux', le CPAS m'a dit 'oui, mais maintenant vous devez payer vous-même'. J'ai donc en fait été obligée de rester en psychiatrie pour avoir droit à un revenu. Cela n'allait pas.* »

Elle rencontre un autre homme et ils vont vivre ensemble. Elle perd son allocation. « *Lorsque j'étais mariée, je ne recevais aucun revenu parce que j'étais mariée, puis, pendant une période, bien, et maintenant, je ne reçois à nouveau plus rien. C'est ainsi : qui suis-je encore ? Que reste-t-il de moi en tant que personne ? Suis-je à nouveau devenue un numéro qui peut s'estimer heureux de pouvoir quémander ? Ce n'est pas un sentiment agréable pour moi... Sur le marché du travail, cela ne va plus, donc oui... Je savais bien que si je vivais avec quelqu'un, je ne recevrais plus rien, mais, en définitive, il faut bien faire des choix.* »

Elle utilise le système du tiers payant social chez le médecin de famille mais trouve qu'il faut être autonome pour oser le demander. « *C'est comme si je me trouvais dans une armoire, et il faut maintenant que j'ouvre cette porte devant moi. Je ne le sens pas bien. De l'autre côté, c'est quand même facile aussi. Cela revient au même que quand on va à la caisse maladie avec son attestation. Mais quand on est dans une situation où l'on se dit 'j'ai vraiment besoin de ces 20 euros pour m'en tirer', on est bien obligé de le demander la première fois* ». C'est difficile d'avancer les frais médicaux.

Elle a récemment changé de mutualité parce qu'elle avait l'impression qu'ils la regardaient de haut en tant que patiente psychiatrique. Elle est maintenant très satisfaite de son contact avec le

service social. « C'est une différence gigantesque. Quand j'y vais maintenant, on me dit 'assieds-toi, nous allons regarder ça ensemble, quels papiers as-tu ? Le soutien est totalement différent et c'est un grand avantage de savoir : maintenant, tu dois faire ceci, puis ça. Avoir le sentiment que quelqu'un est derrière vous, qui peut vous aider, car à proprement parler, on ne sait parfois plus par où commencer. »

III. PROTECTION SOCIALE POUR LES PERSONNES MALADES OU HANDICAPÉES

Les personnes pauvres sont plus souvent en mauvaise santé que les personnes qui vivent dans des conditions plus favorables, elles reportent plus fréquemment le moment de se faire soigner et font un usage différent de l'offre de soins. La relation entre la pauvreté et la santé est complexe. Une personne malade ou avec un handicap a des frais médicaux plus importants. Lorsque la maladie ou le handicap entraînent une incapacité de travailler, ces personnes se trouvent dans une précarité encore plus importante. Les indemnités en cas d'incapacité de travail et les allocations aux personnes handicapées sont souvent insuffisantes pour pouvoir mener une vie conforme à la dignité humaine et payer des dépenses de santé structurelles supplémentaires. Le remboursement des soins par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et par le CPAS de manière subsidiaire, ainsi que l'Aide Médicale Urgente devraient en principe permettre à tout le monde d'avoir accès aux soins de santé. Pourtant, dans la réalité quotidienne des personnes pauvres, le droit fondamental à la protection de la santé est de plus en plus difficile à garantir.

Introduction

On considère généralement qu'en Belgique, les soins de santé sont de bonne qualité, accessibles et abordables. Il existe pourtant des inégalités en matière de santé qui continuent de se creuser. Les personnes défavorisées sont en moins bonne santé que celles qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale. Elles ont également moins souvent ou différemment recours à l'offre de soins.

Dans ce chapitre, nous examinons dans quelle mesure notre système de protection sociale permet aux personnes en situation de pauvreté de faire valoir leur droit fondamental à la protection de la santé. Chacun a le droit en effet de vivre dans le meilleur état de santé possible et d'avoir accès aux soins de santé tout au long de la vie.

Nous nous penchons tout d'abord sur le lien entre pauvreté et santé (1). D'autres facteurs que les conditions de vie difficiles des personnes en situation de pauvreté viennent exacerber ce lien, tels que : le vieillissement prématuré ; les emplois temporaires, à temps partiels, irréguliers ou précaires qui génèrent plus de stress que de sécurité d'existence ; l'inadéquation des emplois pour les personnes en situation précaire ou connaissant des problèmes de santé ; la tendance à la médicalisation et à la culpabilisation (1.1). Une politique de santé intégrée tenant compte de tous les déterminants sociaux de la santé est nécessaire pour amener un changement dans ce domaine (1.2).

Dans le cadre de ce rapport, nous nous limitons au rôle de la sécurité sociale et de l'assistance sociale. L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient financièrement dans le coût des soins de santé (2.1). Malgré certaines corrections sociales, certains frais de santé restent trop élevés pour les personnes en situation de pauvreté, qui finissent par reporter ces soins à plus tard ou y renoncer (2.2 et 2.3).

En cas de maladie et d'incapacité de travail, des allocations devant compenser la perte de revenu sont versées (3). Le nombre d'ayants droit aux indemnités augmente (3.1) et le montant des indemnités en cas d'incapacité de travail est insuffisant pour mener une vie conforme à la dignité humaine et assumer des coûts structurels de soins de santé (3.2). Par ailleurs, le contexte actuel d'économies budgétaires et d'activation exerce une pression supplémentaire sur les ayants droit (3.3).

Nous parvenons à des constats similaires pour les allocations aux personnes handicapées (4.1). Celles-ci relèvent de l'assistance sociale (4.2), tout comme l'intervention du CPAS dans les frais médicaux et pharmaceutiques (4.3) et l'Aide Médicale Urgente (4.4). Ce filet de protection sociale est nécessaire pour les personnes qui ont difficilement ou pas accès à une offre de soins adaptée et pour celles qui ne sont pas inscrites au Registre national.

1. Pauvreté et santé

Les personnes en situation de précarité ont souvent une plus mauvaise santé, reportent plus fréquemment le moment de se faire soigner (entre autres pour des raisons financières) et font un autre usage de l'offre de soins que les personnes qui vivent dans des conditions plus aisées. Ce chapitre développe les liens réciproques entre pauvreté et santé (1.1) et examine ce que le droit à la protection de la santé peut signifier pour les personnes en situation de pauvreté (1.2).

1.1. La maladie rend pauvre – la pauvreté rend malade

1.1.1. Inégaux face à la maladie

Aujourd'hui, nous sommes malades plus souvent et autrement qu'il y a quelques décennies¹⁵³. Le nombre de maladies chroniques a augmenté, suite à l'aug-

153 Vervotte, Inge (2013). « We zijn nu anders ziek dan 40 jaar geleden » dans Nuyens, Yvo et Hugo De Ridder (2013). *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Leuven, Lannoocampus, p. 16-30.

mentation de l'espérance de vie grâce aux nouvelles techniques médicales. La pression croissante de l'État-providence actif et les évolutions du marché de l'emploi sont également des facteurs qui provoquent une augmentation des problèmes psychiques et émotionnels.

Nous sommes aussi de plus en plus inégaux face à la maladie. Les personnes pauvres ou ayant une position sociale inférieure (niveau de formation, taux d'activité, niveau de revenu) sont plus souvent en mauvaise santé, ont plus de risque de vivre moins d'années en bonne santé¹⁵⁴ et décèdent plus jeunes que celles qui occupent une position plus élevée sur l'échelle sociale. Leur mauvais état de santé et les inégalités en matière de santé qui continuent d'augmenter selon un gradient socio-économique s'expliquent en grande partie par leurs difficiles conditions de vie¹⁵⁵. Les recherches¹⁵⁶ ne font que confirmer ce constat déjà 'ancien'¹⁵⁷. Vivre dans la pauvreté accroît aussi le risque de handicap tandis que le risque d'être atteint de maladies chroniques augmente significativement à mesure que diminue le niveau de formation¹⁵⁸.

La relation entre la pauvreté et la santé concerne tant la santé physique que mentale. Il existe un lien statistique significatif entre les problèmes de santé mentale et la pauvreté : 34,4 % des personnes ayant un revenu de moins de 750 euros déclarent une détresse psychologique et 20,9 % présentent un 'probable mental disorder' alors qu'elles ne sont que 21,5 % et 8 % parmi celles qui gagnent plus de 2.500 euros¹⁵⁹. Il ressort de l'Enquête 2008 sur la santé que les personnes peu qualifiées (sans diplôme ou titulaires d'un diplôme de l'enseignement primaire) sont

significativement plus nombreuses à faire état de difficultés psychologiques, notamment d'états dépressifs et de sentiments d'anxiété (29,4 %), que celles qui ont suivi une formation supérieure (25,5 %). Les différences socioéconomiques sont moins marquées que pour d'autres caractéristiques de l'état de santé mais les circonstances qui provoquent ces problèmes psychologiques varient probablement beaucoup entre les personnes peu et très qualifiées. Les problèmes financiers peuvent, par exemple, fortement affecter l'image de soi et la confiance en soi. Des dettes élevées augmentent le risque de dépressions, d'anxiétés et de troubles compulsifs et obsessionnels¹⁶⁰.

1.1.2. Dépenses de santé

L'accroissement des problèmes de santé et leur nature différente, combinés au développement d'une technologie médicale, d'une infrastructure et d'équipements toujours plus coûteux, mettent financièrement sous pression notre système de santé¹⁶¹. Les dépenses de santé ont été multipliées par trois au cours des vingt dernières années alors que la richesse du pays était multipliée par deux¹⁶². La majeure partie de ces coûts est prise en charge par différents organismes publics et par l'assurance maladie. Même si cette hausse a été freinée en 2012, le financement des soins de santé reste le principal poste de dépenses de la sécurité sociale (32,9 %)¹⁶³. Mais le patient contribue lui aussi, au travers du ticket modérateur et de frais non remboursés. La somme payée par le patient varie selon l'étude menée. Il apparaît clairement que les soins de santé représentent un coût insurmontable pour un nombre croissant de personnes.

L'Enquête 2008 sur la santé indique qu'un ménage belge dépense en moyenne 125 euros par mois en frais de santé (sans tenir compte des éventuels remboursements). Bien que ce montant reste constant d'une année à l'autre selon les enquêtes précédentes, on observe une augmentation du pourcentage de ménages

154 Van Oyen, Herman (2013). *Zijn we gezond genoeg om langer te werken*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Nieuws, 26 juillet 2013.

155 Fondation Roi Baudouin (2012). *L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique*, note conjointe des chercheurs TAHIB (Tackling Health Inequalities in Belgium) et du groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin ; Van Cauwenberghe, Sabine (2010). «Hoe armer, hoe ongezonder», *Lokaal*, octobre 2010, p. 26-28 ; Hautekeur, Gerard (2012). *Recht op gezondheid. Aanpak gezondheidskloof. Resultaten van verkenning*, Bruxelles, Samenlevingsopbouw Vlaanderen.

156 Hénin, Elise (2013). *Les bénéficiaires du revenu d'intégration s'y retrouvent-ils dans le système des soins de santé*, Département Recherche et Développement, Mutualité chrétienne.

157 Voir entre autres ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin.

158 Demarest S. et al. (2010). *Enquête de Santé Belgique*, 2008. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique. En 2013, une cinquième Enquête de santé a été organisée en Belgique.

159 Leroy, Liliane (2010). *Pauvreté et santé mentale*, Action, Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS).

160 « Dossier : la santé mentale aux prises avec les dettes » (2012), *Échos du crédit et de l'endettement*, n°35, p. 11-19.

161 Brutin, Brecht (2011). *De uitdagingen voor de ziekteverzekering in de 21ste eeuw. Een bedreiging voor de toegankelijkheid?* Masterproef, Faculteit rechtsgeleerdheid, Universiteit Gent.

162 Kesenne, Jos (décembre 2012). «Le financement des dépenses de santé en Belgique», *MC-Informations*, 250.

163 ONSS (2013). *Rapport Annuel 2012*, Bruxelles, ONSS.

qui le jugent trop élevé par rapport à leur revenu disponible. C'est surtout dans le budget des ménages dont le niveau de formation est (relativement) bas et qui disposent de revenus (relativement) faibles que les dépenses de santé pèsent lourd. D'autres affirment que les dépenses de santé des patients augmentent de fait car leur croissance est beaucoup plus rapide que celle du revenu du ménage¹⁶⁴.

Des statistiques indiquent qu'un grand nombre de personnes reportent des soins de santé voire y renoncent pour des raisons financières. D'après l'enquête EU-SILC 2011, le pourcentage de personnes qui vivent dans un ménage dont un des membres a dû reporter ou annuler des soins de santé au cours de l'année écoulée pour des raisons financières est de 5,1 %¹⁶⁵. L'enquête bisannuelle du magazine spécialisé *Le Pharmacien* conclut que de plus en plus de patients ne peuvent plus payer leurs médicaments et demandent des délais de paiement au pharmacien¹⁶⁶. D'après l'Enquête 2008 sur la santé, 14 % des ménages reportent le recours à des soins de santé (soins médicaux, lunettes, chirurgie, santé mentale, médicaments) pour des raisons financières. Ce chiffre s'élève à 18 % pour les ménages qui ont le niveau de formation le plus faible et à 27 % pour ceux qui font partie du quintile de revenus le plus bas. Une enquête de Test Santé fournit des résultats similaires. Les chiffres s'élèvent à 47 % quand un membre du ménage souffre d'une maladie chronique et à 61 % pour les familles monoparentales. En outre, près de 30 % des personnes interrogées estiment que le fait que leur santé soit subordonnée aux aléas de leur budget exerce une influence importante sur leur état général de santé.

Durant la concertation, il a été confirmé que pour des personnes à faibles revenus, il peut être difficile d'avancer les frais de soins de santé, malgré l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (SSI) et, pour les personnes précarisées, du tiers payant social. C'est d'autant plus vrai lorsque ces frais s'enchaînent, par exemple pour des familles avec

plusieurs enfants malades ainsi qu'en cas de maladie chronique, d'hospitalisation ou d'utilisation fréquente de transports sanitaires. Ce coût peut dissuader les personnes pauvres de se rendre chez le médecin, le dentiste, ... et ces dépenses sont plus facilement reportées que le loyer, par exemple¹⁶⁷. « *Il faut économiser pour sa santé. Quand on a besoin de beaucoup de médicaments, il faut mettre un peu d'argent de côté pour cela. Ou les acheter en début de mois en espérant qu'on réussira à joindre les deux bouts à la fin. Il faut faire un choix : acheter soit les médicaments, soit la nourriture.* »¹⁶⁸ Les participants à la concertation expliquent que les personnes en situation de pauvreté finissent par choisir de ne pas se faire soigner pour des raisons financières rationnelles. Elles font leurs comptes, établissent des priorités et essaient d'éviter le risque de surendettement. C'est aussi l'une des raisons pour lesquelles elles ne recourent pas souvent aux soins préventifs : pourquoi passer par exemple un test de dépistage du cancer si elles ne pourront tout de même pas payer les frais d'hospitalisation si un cancer est effectivement détecté? Le fait qu'à Bruxelles, en 2009-2010, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage fut plus élevée dans les communes à statut socioéconomique élevé le confirme¹⁶⁹. Durant la concertation, il est apparu que si les gens savaient à l'avance exactement combien ils devraient payer pour les soins médicaux nécessaires et quelles sont les possibilités de remboursement de ces frais et les dettes éventuelles qui pourraient y être liées, elles pourraient mieux faire valoir leur droit aux soins de santé.

Les dettes de santé constituent aujourd'hui un problème important. En Flandre, 38,8 % des familles en médiation de dettes avaient au moins une dette liée aux soins de santé durant la période 2008-2011¹⁷⁰. En Wallonie, 56,4 % des dossiers traités par les services de médiation de dettes comportaient en 2009, des dettes liées à la santé pour un montant moyen de 1.138 euros¹⁷¹.

164 Feltess Patrick (2008). « Sécurité sociale et lutte contre la pauvreté » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2008). *Pauvreté, Dignité, Droits de l'homme, les dix ans de l'Accord de coopération*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, p. 125-134.

165 <http://barometer.mi-is.be/fr/infopage/report-ou-annulation-de-soins-de-santé-pour-raisons-financière>

166 « Steeds meer vraag naar uitstel van betaling geneesmiddelen », *De Standaard*, 17 décembre 2012.

167 CEPESS, Colloque du 14 octobre 2011 sur la lutte contre la pauvreté, Atelier « Pauvreté et accès aux soins de santé ».

168 Les citations, en italique dans le texte et sans référence, sont des témoignages issus des participants au groupe de concertation ou de personnes pauvres lors d'interviews.

169 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2012). *Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2012*, Commission communautaire commune, p. 57.

170 Tack, Sylvie (2012). *Gezondheid kost geld. Eerste hulp bij (gezondheids)zorgschulden*, Bruxelles, Politeia et Vlaams Centrum Schuldenlast.

171 Duvivier, Romain (2011). « Les personnes surendettées sont-elles en bonne santé? », *Echos du crédit et de l'endettement*, n° 30.

Une enquête en 2010 auprès d'environ 2.000 personnes en Flandre a mis en lumière qu'une personne handicapée sur trois reporte une visite chez le médecin ou n'achète pas immédiatement une paire de lunettes. Parmi la catégorie de personnes ayant le handicap le plus léger, la moitié reporte des soins médicaux. 40 % d'entre elles ne peuvent pas se procurer les traitements médicaux nécessaires à leur handicap et 26,9 % ne peuvent pas souscrire une assurance hospitalisation¹⁷². À Bruxelles et en Wallonie, d'après une étude réalisée en 2010, plus de 20 % des personnes handicapées ayant répondu à l'enquête ont postposé une hospitalisation et plus de 17 % y ont renoncé¹⁷³.

L'existence d'un handicap ou d'une maladie chronique entraîne le plus souvent une réduction du revenu et une multiplication des coûts dans toute une série de domaines, ce qui accroît le risque de pauvreté (voir 4.1). Une enquête récente¹⁷⁴ a permis de mieux décrire l'ampleur et les caractéristiques de la problématique de la pauvreté des personnes handicapées¹⁷⁵. Celles-ci connaissent un risque de pauvreté élevé, qui atteint 39,3 % et qui s'accompagne de problèmes dans divers domaines : de lourds frais de logement et d'énergie (à peine 28 % des personnes interrogées sont d'ailleurs propriétaires de leur logement), des problèmes de dettes (26 % des personnes doivent rembourser des dettes d'un montant moyen de 317 euros par mois, soit 17 % du revenu disponible), l'obligation de rogner sur des dépenses non médicales liées au handicap (55 %), sur les loisirs et le temps libre (58 %), sur les frais d'énergie (50 %) ... Les participants à la concertation font remarquer que l'insuffisance des allocations aux personnes handicapées peut aussi être un facteur de pauvreté pour la famille de celles-ci, en particulier lorsque ces personnes séjournent dans une institution

et/ou doivent financer un grand nombre d'autres frais médicaux.

1.1.3. Accès aux soins

En plus des obstacles financiers, d'autres facteurs compliquent également l'accès aux soins (de première ligne) pour les personnes en situation de pauvreté¹⁷⁶. Un de ces facteurs est qu'elles sont mal informées et n'ont qu'une connaissance partielle de leurs droits aux soins de santé et de l'offre de soins disponible. Ainsi, le fonctionnement de l'assurance obligatoire SSI est très complexe et par conséquent mal connu (qu'est-ce qu'un dossier médical global, quand ai-je droit à une intervention majorée, puis-je bénéficier du système du tiers payant social...). Les gens ne savent pas non plus à quelles instances et organisations ils doivent s'adresser pour obtenir une aide (préventive et curative). En général, ces personnes manquent aussi de confiance en elles pour rechercher activement des informations. Elles peuvent également être découragées face aux procédures administratives ou au manque de clarté des interlocuteurs, qui parfois se renvoient la responsabilité l'un à l'autre. « *C'est vrai qu'il faut avoir beaucoup d'informations avant de pouvoir s'adresser à un organisme et demander : pouvez-vous m'aider ? Si vous n'ouvrez pas la bouche ou si vous n'êtes pas au courant, personne ne vous informe en général. Et ce n'est pas parce que l'on y a droit ou parce que l'on croit qu'on y a droit, qu'on l'obtient.* » En matière de santé, le fossé économique est donc renforcé par un 'fossé informatif'. Notre Rapport 2005 se faisait déjà l'écho de la demande d'une meilleure information et communication entre les personnes pauvres, les travailleurs sociaux et les soignants¹⁷⁷.

Par ailleurs, l'organisation de l'offre de soins de santé peut également constituer un obstacle. Selon les participants à la concertation, cette offre est de plus en plus segmentée suite à la diversité croissante des acteurs et organisations dans le domaine de la santé. Lors de la concertation, la pénurie de médecins généralistes

172 Augustyns et al. (2010). *Handicap, inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. Resultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Symposium 5 octobre 2010, Katholieke Vereniging Gehandicapten – Vereniging voor personen met een handicap – Universiteit Antwerpen.

173 Observatoire ASPH de la Personne Handicapée (2010). *Étude 2010, Coûts du handicap, de la maladie : quelque(s) réalité(s) financière(s) et autres*, p. 34.

174 L'étude Handilab avait deux objectifs : (1) déterminer la position socioéconomique des personnes handicapées à partir de données administratives, (2) analyser l'efficacité des allocations d'intégration et de remplacement de revenus. 1118 bénéficiaires de ces allocations ont été interrogés. L'étude n'a pas concerné les personnes vivant en institution ou qui reçoivent une allocation dans le cadre de l'assurance maladie. Les rapports de recherche peuvent être consultés sur : <http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=AG/KK/154>

175 On entend par 'personnes handicapées' des « *personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* » (art. 1 de la Convention de l'ONU relative aux personnes handicapées).

176 Verlinde, Evelyn (2012). *Equity in primary health care use among vulnerable populations in Belgium : an exploration*, Gent, PhD thesis of the Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Belgique.

177 « Orientation IX : Combattre les inégalités socio-économiques de santé » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politiques*, Bruxelles, Centre d'égalité des chances et de lutte contre le racisme. <http://www.luttepauvrete.be/publications/rapport3/rapport3-orientation9.pdf>

dans les différentes Régions a, en outre, été pointée du doigt¹⁷⁸. On a également signalé que, dans certaines Régions, le choix de médecins généralistes ou spécialistes conventionnés est très restreint, ce qui provoque de longues listes d'attente. En Communauté germanophone¹⁷⁹, les visites à domicile des médecins généralistes deviennent rares, en raison des longues distances et par manque de temps. Par conséquent, les patients font face à un problème de mobilité, problème qui a également été constaté par des participants au groupe de concertation dans d'autres régions plus rurales. Une recherche démontre que l'accès aux soins médicaux est effectivement déterminé spatialement¹⁸⁰. Du fait de l'offre limitée et disséminée de services spécialisés, combinée au manque d'interventions dans les coûts de transports, les personnes pauvres n'y ont souvent pas accès.

En ce qui concerne les soins de santé mentale¹⁸¹, le problème d'accès est lié au fait que les prestations des psychologues et psychothérapeutes ne sont pas, au jour d'aujourd'hui, remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire SSI et, la plupart du temps, pas non plus (ou pas complètement et pas pour tout le monde) par les assurances complémentaires des mutuelles¹⁸². On peut certes s'adresser, pour un prix modique voire gratuitement, à des Services de santé mentale et même, de plus en plus, à des 'Centra voor algemeen welzijnswerk' en Flandre ainsi qu'à des maisons médicales. Mais des personnes pauvres et des organisations de terrain constatent que ces structures sont débordées et fonctionnent avec de longues listes d'attente. Elles ont également fait l'expérience d'un Service de santé mentale qui estime qu'il ne sert à rien de traiter quelqu'un lorsque ses conditions de vie sont trop précaires et risquent d'hypothéquer la réussite

du traitement. Elles affirment aussi être plus souvent hospitalisées que d'autres pour des problèmes de santé mentale ou 'd'inadaptation sociale' liés à leurs conditions de vie difficiles.

Lorsque des personnes pauvres font appel aux dispositifs de soins de santé, l'offre ne semble pas toujours adaptée à leur situation de vulnérabilité. Elles ne se sentent pas comprises et ont le sentiment d'être méprisées. Le secteur médical a trop souvent tendance à réagir en les culpabilisant, comme par exemple : « *Vos enfants ont droit à des soins dentaires gratuits, pour-quoi n'allez-vous pas chez le dentiste?* ». Les personnes en situation de pauvreté se montrent aussi réticentes vis-à-vis des initiatives de prévention parce qu'elles en redoutent les conséquences, lorsque celles-ci ont également un rôle de contrôle. Quand des parents pauvres se rendent avec leur enfant à l'hôpital ou à la consultation de l'ONE, certains témoignent des risques de se faire accuser d'être de 'mauvais parents', avec comme conséquence éventuelle un signalement auprès des services de l'aide à la jeunesse. « *Je leur ai toujours dit : je vous contacte mais je ne veux pas que mes enfants me soient enlevés. Je veux juste une vie meilleure et j'ai besoin d'aide maintenant. J'ai reçu cette aide de Kind en Gezin. Et pour ça, je leur en suis énormément reconnaissant* ». De plus, la prévention peut parfois être une condition supplémentaire à l'octroi d'un droit. Des organisations de terrain évoquent des cas de personnes auxquelles on a demandé de faire, par exemple, des efforts en matière de prévention (ex : arrêter de fumer, manger sainement,...) pour pouvoir obtenir de l'aide. Pour les personnes sans abri, il est très difficile de suivre correctement un traitement médical, tel que prendre des médicaments de façon régulière. La volonté, les possibilités et les efforts des instances médicales et des soignants pour proposer une offre adaptée aux personnes en situation de précarité varient fortement. Malgré la nécessité de mettre en place une telle offre, un système de santé dual n'est pas souhaitable.

Le rapport annuel de Médecins du Monde¹⁸³ confirme les difficultés d'accès aux soins de santé. En 2012, le nombre de consultations a augmenté de 34 % (19.516 consultations au total). 10 % des patients s'adressant à cette organisation possédaient un permis de séjour

178 Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé confirme la pénurie de médecins actifs dans certaines communes et Régions. Pourtant, la Belgique a une densité de médecins très importante et en comparaison avec d'autres pays européens. Le vrai problème est le niveau d'organisation trop limité et le soutien des médecins. Voir Vrijens, France, et al. (2013). *La performance du système de soins de santé belge, Rapport 2012*, Health Service Research (HSR), Bruxelles, KCE – Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

179 Les acteurs de la Communauté germanophone ont été impliqués dans la concertation lors d'une réunion qui s'est tenue à Eupen le 26 avril 2013, organisée par le Service en collaboration avec le ministre germanophone en charge de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales.

180 Voir la recherche « *Pauvreté en milieu urbain et rural* », <http://www.luttepauvrete.be/publications/Pocico/rapportfinal.pdf> p.33.

181 Van Herck, Pieter et Ivan Van de Cloot (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*, Itinera Institute.

182 En Belgique, la psychothérapie n'est, pour le moment, pas encore reconnue malgré les évidences scientifiques de son efficacité. « *Praten is vaak beter dan pillen slikken* », *De Standaard*, 14 septembre 2013, p. 20-21.

183 Médecins du Monde (2013). *Rapport Annuel 2012. État des lieux de l'accès aux soins en Belgique. Projets belges de Médecins du Monde*.

et auraient normalement dû accéder sans difficulté au système classique des soins de santé. Pourtant, ils ont rencontré toutes sortes de barrières informatives, administratives et financières.

Tous ces obstacles ont pour conséquence que l'accès aux soins de santé se répartit de manière très inégale, selon un gradient socioéconomique. Les catégories les plus pauvres de la population ont beaucoup moins recours aux dispositifs de soins et les soins médicaux (préventifs et curatifs) sont inégalement répartis parmi la population belge. Les personnes qui habitent les quartiers les plus pauvres consultent ainsi moins souvent leur médecin généraliste que celles qui habitent dans d'autres types de quartiers. Les populations des quartiers aisés consultent également plus régulièrement les médecins spécialistes. Elles participent également plus aux dispositifs de prévention que celles des quartiers pauvres.

1.1.4. Médicalisation/psychiatisation

Le lien complexe entre pauvreté et santé, combiné à la difficulté d'accéder à des soins de santé de qualité, risque de favoriser la 'psychiatisation du social'. Cette tendance – qui consiste à donner une dimension pathologique et à traiter médicalement des problèmes, des sentiments et des comportements qui relèvent en fait de la normalité¹⁸⁴ – a de lourdes répercussions sur les personnes pauvres : elles n'ont plus de moyens de défense. Leur révolte et leur découragement sont considérés comme des 'troubles de l'humeur' au niveau individuel. Le problème social, culturel et économique est masqué par le problème médical¹⁸⁵.

La psychiatisation de la pauvreté semble un processus lié aux conditions de vie des personnes qui ne sont pas considérées comme 'guérissables' en quelques traitements. Dans les grandes lignes, ce processus peut être décrit comme suit. Lorsque les conditions de vie difficiles du patient empêchent un traitement médical d'avoir les résultats escomptés, il y a de fortes

chances que la relation entre le patient et le médecin s'en trouve dégradée. Le patient se sent incompris ou abandonné à son sort et commence à se méfier du médecin. Celui-ci dissimule son sentiment d'échec et d'impuissance en prescrivant davantage de médicaments au lieu d'investir dans un accompagnement individuel. Soit le patient s'oppose aux initiatives du médecin, ce dernier finit par trouver le comportement du patient incohérent, anormal et pathologique et il l'oriente vers un service psychiatrique ; soit le patient prend des médicaments (antidépresseurs, neuroleptiques) qui n'ont pas ou plus d'effets sur lui et on risque de créer une dépendance aux conséquences inconnues (avec, par exemple, des changements de comportement sous l'influence de médicaments, une difficulté à réduire la quantité de médicaments...) ¹⁸⁶. De plus, il est difficile pour les personnes pauvres de prendre régulièrement des médicaments.

Les participants à la concertation insistent sur le fait que la culture en matière de droit aux soins de santé a fortement évolué. Les personnes sont de plus en plus pointées du doigt quant à leur état de santé, sans tenir compte de l'origine de leurs problèmes. Or, l'incertitude quant aux moyens d'existence associée à l'anxiété et à la perte de l'image de soi sont des facteurs importants de stress et influencent la santé. De plus, la plupart des comportements incriminés peuvent en réalité être vus comme une tentative de réponse aux problèmes auxquels la personne pauvre est confrontée.

Cette psychiatisation ou cette médicalisation du social inquiète au plus haut point les participants à la concertation. Ils se réfèrent par exemple au statut pour demandeurs d'emploi de longue durée ayant une problématique médicale, mentale, psychique et/ou psychiatrique grave (MMPP) qui a récemment vu le jour dans le cadre de l'assurance chômage. Cela leur paraît être une stratégie pour abaisser le nombre de demandeurs d'emploi en réorientant ceux-ci, à terme, vers le statut de personnes handicapées. Le risque est donc que des personnes soient reconnues comme ayant un handicap pour la seule raison qu'elles sont pauvres et ne trouvent pas de travail (voir 4.1).

184 De Wachter, Dirk (2013). « Mensen weten niet meer wie ze zijn » dans Nuyens, Yvo et Hugo De Ridder. *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Louvain, Lannoo-campus, p. 132-141.

185 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Note de discussion. Le droit à la protection de la santé dix ans après le Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, p. 9 ; Santé conjugée (avril 1999), n° 8, p. 28.

186 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Lance débat. 10 ans Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

1.2. Droit à la protection de la santé

Le droit à la protection de la santé est consacré par notre Constitution et par de nombreux instruments internationaux des droits de l'homme¹⁸⁷. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »¹⁸⁸. « *Le droit à la santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée*.¹⁸⁹ » Cela implique entre autres que les pouvoirs publics créent les dispositifs nécessaires aux soins de santé et assurent leur accessibilité à tous.

En Belgique, dans le domaine de la santé, la majorité de la population bénéficie d'un niveau de protection élevé qui permet d'accéder aux soins, de recevoir des conseils et de l'aide ou de participer à des activités de prévention et d'éducation¹⁹⁰. Pourtant, le droit à la protection de la santé est de plus en plus problématique dans la réalité quotidienne des personnes pauvres, comme nous l'avons décrit ci-dessus.

1.2.1. Prévention primaire

Déjà dans le Rapport Général sur la Pauvreté, les associations mettaient l'accent sur le fait qu'« *une politique de santé ne peut que s'intégrer dans un ensemble qui garantisse à chacun les moyens de vivre dans la dignité et de préserver son capital santé : un logement décent, un emploi reconnu, des revenus suffisants, la possibilité de construire des relations positives, etc.* »¹⁹¹. Les conditions de vie des personnes pauvres (logement, éducation, accès à l'eau et à l'énergie, emploi...) sont un facteur important pour expliquer leur mauvais état de santé. Dès lors, les acteurs engagés dans la lutte

contre la pauvreté plaident pour que la prévention en matière de santé soit conçue de manière très large et que l'on investisse dans l'amélioration des conditions de vie des personnes pauvres. Si elle n'est pas intégrée dans une politique cohérente de lutte contre la pauvreté, la prévention risque de n'être qu'une goutte d'eau dans la mer. « *On a également donné des informations sur une alimentation saine, mais à nouveau, les obstacles sont nombreux. Lorsqu'on n'a plus d'électricité pour cuisiner, forcément, on va à la friterie pour chercher à manger.* » En outre, la promotion du bien-être individuel des personnes pauvres est nécessaire de manière à ce qu'elles aient suffisamment de force et de confiance en elles pour prendre leur santé en main. Selon des participants à la concertation, les médecins généralistes peuvent jouer un rôle important à cet égard, en collaboration avec des acteurs locaux du secteur de la santé.

En matière de lutte contre les inégalités sociales croissantes en matière de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Union européenne sont également convaincues que c'est seulement en prenant des mesures dans d'autres domaines que celui de la santé que l'on pourra enregistrer le plus de progrès. C'est dans ce but qu'elles ont introduit le concept stratégique de '*Health in all policies*', qui vise à instaurer une collaboration intersectorielle, impliquant tous les domaines et niveaux politiques. L'objectif est qu'aussi bien l'Union européenne que les États membres s'attellent à cette tâche. En Belgique, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement a organisé début 2013 un premier dialogue à ce sujet¹⁹². Les différentes entités fédérées s'efforcent par ailleurs d'établir des politiques transversales, entre autres dans le domaine de la prévention.

Concernant la santé mentale, les ministres de la Santé de notre pays ont entériné, lors d'une conférence interministérielle sur la santé publique en juin 2012, la réforme des soins de santé mentale, telle qu'elle a été rendue possible par l'article 107 de la loi sur les hôpitaux¹⁹³. Cette réforme devrait permettre une détection et une prise en charge rapide des personnes souffrant de problèmes psychiques. Les établissements résidentiels du secteur de la santé mentale devraient pour

187 Article 23 de la Constitution belge, Article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, Article 12 du Pacte International relatif aux Droits économiques, sociaux et culturels, la Charte Sociale Européenne.

188 Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale de la Santé, en 1946.

189 Organisation Mondiale de la Santé (novembre 2012). *Le droit à la santé*, Aide-mémoire, n° 323.

190 Kesenne, Jos (juin 2010). « L'avenir de notre système de soins de santé », MC – Informations 240.

191 ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, p. 148.

192 De Bock, Christian (juin 2013). « Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé », *Éducation Santé*, 290, p. 13-16.

193 Pour plus d'informations, voir <http://www.psy107.be/>

cela collaborer entre autres avec les services généraux d'aide sociale et les services de première ligne pour entourer le patient d'un réseau de soins. Cette manière de procéder devrait permettre aux professionnels de sortir de leurs cadres et spécificités pour collaborer davantage entre eux. Quand on sait que les problèmes sociaux et mentaux se renforcent mutuellement et que les personnes en situation de pauvreté sont généralement confrontées à un ensemble de problèmes, cette réforme peut ouvrir des perspectives pour prendre en compte la complexité de leur problématique. Les associations de personnes pauvres attendent sa mise en œuvre sur le terrain. Elles mettent toutefois en garde contre les effets pervers d'une 'socialisation des soins' pour les personnes défavorisées dont le réseau social est souvent peu étendu et peu solide.

1.2.2. Protection sociale

Dans ce Rapport sur la pauvreté et la protection sociale, ce chapitre met l'accent sur un aspect seulement du droit à la protection de la santé. Nous examinons comment favoriser l'accès aux soins, tant au sein de la sécurité sociale que de l'assistance sociale, dans le cadre général de la politique globale de santé et du système de soins de santé. Nous sommes cependant conscients que ce choix est quelque peu artificiel.

En effet, le système de santé est en soi un ensemble complexe de plusieurs systèmes¹⁹⁴.

En tant qu'élément de la sécurité sociale, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (SSI) ne fournit pas de prestations de soins de santé mais intervient financièrement dans le coût de ceux-ci. En cas de maladie ou de handicap, elle octroie des indemnités/allocations pour compenser la perte de revenu. Aujourd'hui, la couverture obligatoire soins de santé et indemnités est quasiment universelle. Elle a été étendue en 1998 à toutes les personnes inscrites au Registre national¹⁹⁵. Les personnes en séjour irrégulier dans notre pays n'y ont donc pas accès. Mais elles peuvent accéder, par l'intermédiaire du CPAS, aux soins de santé couverts par l'Aide Médicale Urgente (AMU). D'autre part, le CPAS peut aussi intervenir, à certaines conditions, dans les frais médicaux. Enfin, les allocations aux personnes handicapées, à savoir l'allocation de remplacement de revenus (ARR) et l'allocation d'intégration (AI), sont également en jeu.

194 Callens Stefaan et Jan Peers (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*, Anvers, Intersentia.

195 Arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, *Moniteur belge*, 31 décembre 1998.

2. Remboursement des soins de santé

Dans ce chapitre, nous allons d'abord expliquer le défi auquel fait face le système d'assurance solidaire dans le cadre de l'assurance obligatoire SSI (2.1). Nous indiquerons ensuite de quelle manière cette assurance intervient pour garantir l'accès aux soins du plus grand nombre possible de personnes (2.2). Enfin, nous nous interrogerons sur les limites du système, qui peuvent entraîner une sous-protection (2.3). Malgré leur intérêt, les dispositifs de correction sociale au sein de l'assurance obligatoire SSI sont insuffisants pour garantir l'accès de tous aux soins de santé. Une politique de la santé et de lutte contre la pauvreté transversale reste un impératif crucial.

2.1. Universalité et sélectivité

Notre sécurité sociale est basée sur le principe de l'assurance solidaire et navigue constamment entre les principes d'universalité et de sélectivité. Cette tension s'exprime autrement dans l'assurance SSI que dans les autres branches de la sécurité sociale. Alors que dans la branche du chômage et des pensions¹⁹⁶, on comprend et on accepte plus ou moins qu'il puisse y avoir des différences de revenus et que les allocations soient calculées en fonction des cotisations sociales qui ont été payées (principe d'assurance), on accepte beaucoup

196 Pour une description des calculs et des montants ainsi qu'une analyse critique, voir les chapitres respectifs sur ces sujets dans ce Rapport.

moins l'idée que les soins de santé soient moins accessibles aux personnes qui ont moins de moyens financiers. « *Dans les soins de santé, le critère d'octroi est et reste le besoin individuel de soins, et celui-ci n'est certainement pas proportionnel au revenu des gens, au contraire même.*¹⁹⁷ » 76 % des Flamands estiment en effet assez ou tout à fait injuste que les personnes ayant des revenus supérieurs puissent se permettre des soins de santé de meilleure qualité. Ceci dit, seul un Flamand sur quatre est prêt à payer davantage d'impôts pour améliorer la qualité des soins pour tous et il y a une légère tendance à mettre en avant la responsabilité personnelle dans les problèmes de santé¹⁹⁸.

La réforme de l'accès à l'assurance obligatoire SSI, intervenue en 1998, représente une avancée certaine vers la généralisation de la couverture des soins de santé. Depuis 2008, les indépendants sont eux aussi couverts, au travers de l'assurance obligatoire soins de santé, contre les petits et les grands risques, ce qui leur permet de bénéficier des mêmes droits et remboursements que les salariés. À la fois, on assiste à une augmentation du nombre de mesures visant à augmenter le remboursement partiel des frais médicaux pour les personnes qui présentent un risque accru de pauvreté ou de précarité¹⁹⁹. On ne cesse en effet de découvrir, dans l'éventail des mesures existantes, de nouvelles dépenses ou des groupes de patients oubliés qui nécessitent des dispositions spécifiques. La volonté de rencontrer les besoins des moins favorisés a pour effet d'accroître le nombre de 'statuts' comme le nombre de bénéficiaires. Les associations partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté mettent en garde contre une sécurité sociale centrée sélectivement sur les plus pauvres car elle risque d'apparaître moins légitime aux yeux de la population dans son ensemble²⁰⁰.

Le contexte économique et certains choix politiques mettent en cause la mutualisation des risques et la solidarité à la base du système. Ainsi, à défaut d'un principe de solidarité universel incarné par l'assurance

obligatoire SSI pour tous, l'évolution vers un système multi-piliers se profile²⁰¹. Ces assurances complémentaires privées, collectives ou individuelles, procurent à l'assuré, moyennant paiement, une certaine flexibilité et des possibilités de choix en plus de l'assurance obligatoire. Mais elles sont moins accessibles aux personnes en situation de pauvreté et elles risquent aussi d'éroder l'assurance obligatoire (voir 2.3.2).

Les dispositifs de protection sociale relatifs à la santé sont également influencés par la tendance à la responsabilisation individuelle croissante. L'individu est rendu responsable de sa santé par la mise en avant de ses mauvais comportements. Cette responsabilisation occulte la dimension collective des risques, l'influence des conditions de vie, l'accès à l'information et aux soins, etc²⁰².

2.2. Corrections sociales

2.2.1. Ticket modérateur et Dossier Médical Global

Le ticket modérateur, ou la quote-part personnelle, est le montant que le patient doit lui-même payer lorsqu'il se rend chez le médecin, qu'il achète des médicaments ou qu'il est hospitalisé. Une partie du tarif conventionné des médicaments et des consultations figurant dans la nomenclature²⁰³ est remboursée par l'organisme assureur (intervention de la mutualité). Malgré les tarifs officiels fixés entre les médecins et les mutualités²⁰⁴, il est souvent difficile pour le patient de savoir à l'avance quel médecin est conventionné et combien il va devoir payer (surtout chez le dentiste, l'opticien et d'autres spécialistes)²⁰⁵. La quote-part personnelle du patient représente environ 19 % des dépenses totales de santé en Belgique (la moyenne pour l'UE-15 est de 15 %)²⁰⁶.

197 Kesenne, Jos (2012), *op.cit.*, p.6.

198 Pelfrene, Edwin (2013). « Perceptie van de gezondheid en de gezondheidszorg bij Vlamingen », *SVR-Webartikel*, 2013/2, Bruxelles, Studiedienst van de Vlaamse Regering.

199 Léonard, Christian (novembre 2006). « La protection sociale et les soins de santé dans un contexte historique et international », *MC-Informations*, 225, p. 18-43.

200 APRGP – Associations Partenaires du *Rapport Général sur la Pauvreté* (1996). « Contribution des Associations partenaires concernant la modernisation de la sécurité sociale », *Revue belge de sécurité sociale*, 3, p. 512.

201 Kesenne, Jos (2010), *op.cit.*

202 Lanoy, Sophie (2013). « La responsabilisation individuelle dans le secteur de la santé », *Le Chainon*, Ligue des Usagers des Services de Santé, LUSAS Asbl, n° 29.

203 Il s'agit d'une liste de prestations médicale qui sont (entièrement ou partiellement) indemnisées par l'assurance, établie dans la convention médico-mutualiste.

204 Un médecin conventionné s'engage, en vertu de la convention médico-mutualiste, à appliquer des honoraires de référence. 83,1 % des médecins (87,8 % des généralistes) ont adhéré à l'accord 2013-2014 conclu entre médecins et mutualités.

205 Hermes, Jean (2013). « Que pense le patient des soins de santé? », *En marche*, Éditorial, Mutualité chrétienne.

206 Vrijens, France et.al. (2013), *op.cit.*

Le ticket modérateur a été introduit au départ comme un instrument de responsabilisation visant à lutter contre la surconsommation de soins lorsqu'ils ne sont pas strictement indispensables²⁰⁷. Mais pour plusieurs raisons, cette mesure ne s'avère pas très efficace. D'une part, elle n'exerce pas d'effet dissuasif sur ceux qui ont davantage de moyens, d'autre part le ticket modérateur peut constituer un obstacle pour les personnes en situation de pauvreté. Elles peuvent rencontrer des problèmes quand il faut avancer le montant de l'intervention qui sera ensuite remboursé par la mutualité (voir 2.2.4). De plus, le ticket modérateur peut représenter pour elles un obstacle en soi (voir 2.2.2 et 2.2.3). Malgré les efforts des pouvoirs publics pour plafonner le ticket modérateur, notamment chez les spécialistes ou en cas d'hospitalisation, les médecins non conventionnés restent libres de demander des suppléments d'honoraires aux frais du patient. Il y a cependant eu certaines évolutions positives : ces supplémentaires d'honoraires sont, depuis le 1^{er} janvier 2013, interdits pour les séjours en chambre commune ou à deux lits, et ce, quel que soit le statut du médecin.

Ainsi, les coûts d'une hospitalisation varient beaucoup selon l'hôpital, en particulier lorsqu'il s'agit d'un séjour en chambre individuelle²⁰⁸. En Wallonie, une enquête a révélé que selon les médiateurs de dettes, les factures d'hôpitaux représentent la dette de soins de santé la plus fréquente dans les dossiers de médiation de dettes. Ils ont également l'impression que les factures provenant des urgences sont de plus en plus fréquentes. Les personnes précarisées se rendent aux urgences dans le but de bénéficier de soins sans devoir payer immédiatement. Mais ces frais devant être payés tôt ou tard, cela ne fait que reporter le problème²⁰⁹.

Les patients qui possèdent un Dossier Médical Global (DMG) chez leur médecin généraliste peuvent bénéficier d'un supplément de remboursement allant jusqu'à 30 % pour une consultation. Les honoraires

d'un médecin généraliste s'élèvent à 24,15 euros. Le ticket modérateur est de 6 euros pour les patients sans DMG et de 4 euros pour les patients possédant un DMG. Même si le baromètre de la Mutualité socialiste indique que le nombre de ses membres ayant un DMG a augmenté de 44 % par rapport à 2005, des efforts complémentaires restent nécessaires pour mieux faire connaître cette mesure et les avantages qu'elle procure. Ceci est d'autant plus vrai en Wallonie et à Bruxelles, où le taux de couverture du DMG est sensiblement plus faible qu'en Flandre²¹⁰. Par ailleurs, des associations où des personnes pauvres se reconnaissent nous signalent que leurs membres ont moins souvent un médecin généraliste fixe et donc moins souvent un DMG, ce que confirme une étude récente²¹¹.

2.2.2. Intervention majorée et OMNIO

Les bénéficiaires d'une intervention majorée (statut BIM), leur partenaire et les personnes à leur charge paient un ticket modérateur moins élevé sur les frais médicaux et en cas d'hospitalisation. Pour une consultation chez un médecin généraliste, le ticket modérateur s'élève à 1,5 euros pour les bénéficiaires d'un régime préférentiel sans DMG et à 1 euro s'ils possèdent un DMG. Ils peuvent faire appel au système du tiers payant social et bénéficier d'un plafond plus bas pour le Maximum à facturer (voir 2.2.3). Par ailleurs, ils bénéficient aussi d'autres avantages sociaux (réduction dans les transports publics, tarif téléphonique social, fonds social chauffage...). Le statut BIM est automatiquement accordé aux bénéficiaires du revenu d'intégration, de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une allocation aux personnes handicapées. Les veufs, invalides, pensionnés et orphelins (VIPO) ainsi que quelques autres catégories (chômeurs complets depuis au moins un an, familles monoparentales, bénéficiaires d'une allocation de chauffage...) peuvent y avoir droit après contrôle du revenu brut imposable du ménage²¹². Toutefois, le statut BIM reste limité aux personnes qui bénéficient d'un avantage social ou qui ont un statut bien précis. Les personnes à faible revenu qui n'ont pas cet avantage ou ce statut ne peuvent donc pas en profiter.

207 Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) étudie d'autres moyens pour permettre au ticket modérateur d'influencer les habitudes de consommation, par exemple : plus une intervention médicale a de la valeur pour la société, moins le ticket modérateur est élevé. Cleemput, I. et al. (2012). *Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product*, Health Services Research (HSR), Bruxelles, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

208 Maron, Leila, et al. (2012). *Baromètre hospitalier 2011, Nature, ampleur et évolution des coûts à charge du patient hospitalisé en hôpital général*, UNMS – Direction Études, La Mutualité Socialiste.

209 Duvivier, Romain (juillet 2011). « Les personnes surendettées sont-elles en bonne santé? », *Échos du crédit et de l'endettement*, n°30.

210 Laasman, Jean-Marc et al. (2012). *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, UNMS, Direction études, La Mutualité Socialiste.

211 Henin, Élise (2013), *op.cit.*

212 Le ménage comprend ici le titulaire, le partenaire et les personnes à charge.

C'est pourquoi il existe depuis 2007 le statut OMNIO. Il accorde lui aussi le droit à une intervention majorée aux membres d'un ménage ayant un faible revenu brut imposable (ménage = ménage inscrit au Registre national = toute personne domiciliée à la même adresse que le demandeur). Malgré l'augmentation du nombre de bénéficiaires du statut OMNIO, grâce aux nombreux efforts des organisations de lutte contre la pauvreté, des mutuelles et des syndicats, celui-ci reste insuffisamment connu et trop peu de personnes y ont encore recours. Dans un précédent Rapport, le Service a déjà souligné ce problème et a plaidé pour un meilleur accès au statut OMNIO²¹³. La loi-programme du 29 mars 2012 prévoit un octroi simplifié et accéléré de l'intervention majorée à tous les bénéficiaires potentiels²¹⁴. Ainsi, la réforme BIM/OMNIO qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014, simplifie quelque peu le système (avec notamment une notion de ménage identique) et un nouveau modèle de déclaration sur l'honneur concernant les revenus est prévu (moins compliqué à compléter pour les assurés). Par ailleurs, un flux 'pro-actif' doit également être développé par les mutuelles ; celui-ci a pour but de détecter des BIM éventuels (sur base d'informations de l'Administration fiscale) et de les contacter afin d'envisager l'octroi d'un droit. Entretemps, des personnes pauvres ont été invitées par leur mutuelle afin de vérifier avec elles leur droit au statut BIM, parce qu'elles appartenaient par exemple au groupe des plus de 55 ans. « *Ainsi je suis remboursé beaucoup plus après une visite chez le docteur, j'ai juste dû payer quelques euros. Pour mes médicaments aussi, c'est beaucoup mieux.* »

2.2.3. Maximum à facturer

Le Maximum à facturer (MAF) fixe un plafond annuel pour les tickets modérateurs qu'un ménage doit payer pour ses frais médicaux. Le plafond de revenus pour le MAF dépend du revenu net imposable du ménage (revenu de toutes les personnes domiciliées à la même adresse). Plus ce revenu est élevé, plus le plafond l'est aussi. Les bénéficiaires de l'intervention majorée, leur partenaire et les personnes à leur charge ont droit à un MAF social complémentaire : si les frais médicaux

excèdent le plafond annuel, la mutualité rembourse automatiquement chaque mois ces frais supplémentaires.

Les personnes en situation de pauvreté soulignent quelques défauts du Maximum à facturer. Pour beaucoup, le plafond est trop élevé. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) constate que, malgré le Maximum à facturer, un ménage sur dix consacre plus de 5 à 10 % de ses revenus au paiement des tickets modérateurs (surtout les malades chroniques et les patients en psychiatrie)²¹⁵. C'est dû, entre autres, au fait que le MAF ne prend en compte que les prestations et les médicaments remboursables.

2.2.4. Tiers payant social

Grâce au système du tiers payant social, le patient ne doit plus avancer lui-même l'intervention de la mutualité mais il ne paie que le ticket modérateur de la consultation. Toutes les personnes qui ont droit à une intervention majorée peuvent bénéficier de ce système.

Elles doivent cependant en faire la demande elles-mêmes, ce qui n'est pas toujours clair pour les personnes précarisées. De plus, les personnes pauvres ne savent pas à l'avance quels médecins acceptent de l'appliquer. « *Au sujet du tiers payant, c'est possible chez le médecin, mais pas chez le dentiste. Et vous ne l'obtenez pas si vous ne le demandez pas. Il faut donc prendre les choses en main et dire : qu'en est-il ? Il y a également des médecins qui ne le pratiquent pas du tout. Il faut donc à chaque fois rechercher quels sont ceux qui le pratiquent.* » Cela pousse de nombreuses associations de terrain à plaider pour la généralisation du tiers payant à tous les patients. Ce sera le cas en France dès 2017²¹⁶. Chez nous, à partir du 1^{er} juillet 2015, le système du tiers payant social s'appliquera obligatoirement chez le médecin généraliste pour tous ceux qui ont droit à l'intervention majorée et/ou qui ont le statut de malade chronique²¹⁷. Actuellement, encore trop de patients en situation de préca-

213 « Un meilleur accès aux soins de santé grâce au statut OMNIO? » dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2009). Rapport 2008-2009. *Une contribution au débat et à l'action politiques*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

214 Loi programme du 29 mars 2012, *Moniteur belge*, 6 avril 2012.

215 Schokkaert, Erik et al. (2008). *Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*. Equity and patient behaviour (EPB), Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

216 Intervention de Marisole Touraine, ministre (française) des Affaires sociales et de la Santé, Présentation de la stratégie nationale de santé, 23 septembre 2013.

217 Loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accès aux soins de santé, *Moniteur belge*, 31 décembre 2012.

rité se heurtent au refus de leur médecin généraliste d'appliquer ce système. En 2011, le tiers payant n'est intervenu que pour 32 % des consultations chez un médecin généraliste ou des visites à domicile²¹⁸. La mise en œuvre de MyCareNet²¹⁹ permettra aux prestataires de soins et aux mutualités d'échanger des informations de manière simple et fiable, entre autres à propos du statut d'un patient, ce qui évitera des problèmes administratifs et une surcharge de travail.

Cette mesure s'applique uniquement aux médecins généralistes et pas (encore), malheureusement, aux spécialistes (plus chers). Le groupe de concertation a suggéré des initiatives possibles pour les médecins ou pour les personnes en situation de pauvreté. Ainsi, certaines mutuelles mettent à disposition un formulaire que le patient peut emmener à la consultation pour demander au médecin d'attester du fait que son patient n'a pas beaucoup de moyens. Il est également possible que le patient et le prestataire de soins passent un accord informel. *« Je dois dire que nous avons une très bonne collaboration avec le kinésithérapeute. Je ne sais pas si je peux le dire, mais nous recevons d'abord nos attestations que nous remettons à la mutualité, et ensuite nous payons le kiné. »*

2.2.5. Forfait de soins

Le forfait de soins²²⁰ est appliqué entre les maisons médicales, le patient et les mutualités. Au lieu de rémunérer le médecin à l'acte (médecine à l'acte), la maison médicale reçoit pour chaque patient inscrit (et assuré) un montant forfaitaire (le montant moyen annuel que l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) dépense par patient, récemment corrigé pour tenir compte du profil de la patientèle de la maison médicale). Ce forfait couvre le ticket modérateur, ce qui évite au patient de devoir payer les soins qu'il reçoit. Pour les actes techniques, le système du tiers payant est appliqué et les patients ne paient que le ticket modérateur. Environ 3 % de la population belge est soignée selon ce système et 39 % des patients

des maisons médicales flamandes ont droit à l'intervention majorée²²¹. Une étude²²² réalisée à Bruxelles a montré que ce système permettait une meilleure accessibilité aux soins de première ligne pour la population BIM et ce, quel que soit le quartier. Enfin, en 2008, une autre étude²²³ démontrait que les pratiques 'au forfait' ne coûtent pas plus cher à l'INAMI que les pratiques 'à l'acte', alors qu'elles permettent de diminuer les coûts pour les patients. En effet, en première ligne, les patients inscrits au forfait ne paient pas de ticket modérateur et paient aussi, en seconde ligne, moins de tickets modérateurs et de suppléments car ils consomment moins de soins de deuxième ligne et plus de médicaments génériques. De plus, les indicateurs de qualité choisis montrent une qualité globalement équivalente entre les prestations 'à l'acte' et celles 'au forfait' pour ce qui concerne le suivi de certaines pathologies. Les résultats sont meilleurs pour les prestations 'au forfait' en matière d'activités de prévention ou de prescription d'antibiotiques. Il s'agit dès lors d'un système à promouvoir, parallèlement à la médecine à l'acte.

Bien que les maisons médicales proposent une offre de santé abordable, multidisciplinaire et préventive, quelques lacunes de ce système ont été pointées lors de la concertation. Le fonctionnement et les conditions des maisons médicales ne sont pas toujours bien connus des gens. Certains pensent ainsi que les personnes sans abri (qui n'ont pas de domicile fixe sur le territoire de la maison médicale) ou les personnes en séjour précaire ou irrégulier (qui ne sont pas assurées) n'y ont pas accès. Or, ces patients peuvent toujours y être soignés 'à l'acte'.

De plus, des personnes pauvres signalent que, dans de nombreuses régions, il y a trop peu de maisons médicales. En conséquence, beaucoup de maisons médicales sont saturées, fonctionnent avec une liste d'attente ou n'acceptent plus de nouvelles inscriptions. Il y a un risque que les familles qui réussissent à s'inscrire soient aussi les mieux organisées et les plus prévoyantes. Ainsi, ce serait à nouveau ceux qui sont dans la plus grande détresse qui risquent d'être exclus. Depuis mai

218 Henin, Élise (2013), *op.cit.*

219 http://www.mycarenet.be/nl/cin/TL/content/cin/technical_information/mycarenet ; http://www.mycarenet.be/fr/cin/TL/content/cin/technical_information/mycarenet

220 L'article 52 § 1 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que les médecins généralistes, les infirmières et les kinésithérapeutes peuvent être payés au forfait sur la base du nombre de patients inscrits à leur cabinet, aussi appelé en Flandre l' 'abonnementsgeneeskunde'.

221 Chiffres issus de la Vereniging voor Wijkgezondheidscentra, avril 2013.

222 Maron, Leila et Boutsen Michel (2011). « L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles », UNMS, Direction études, La Mutualité Socialiste.

223 Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé -KCE, *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de premières lignes en Belgique*, KCE Reports 85B, 2008, p.6.

2013, il y a un nouveau financement des maisons médicales. Le budget existant est réparti de manière plus équitable, compte tenu des besoins de la population de patients de chaque maison médicale²²⁴. Les acteurs de la Communauté germanophone déplorent que, dû à la réalité rurale de la Communauté, ce concept ne soit applicable que dans une forme adaptée, c'est-à-dire sous forme de cabinet médical collectif (avec forfait).

2.2.6. Statut de malade chronique

Pour les malades chroniques, l'assurance obligatoire SSI prévoit plusieurs forfaits permettant de rembourser des frais liés à la maladie qui ne sont pas toujours chiffrables²²⁵. En application du plan 'Priorité aux malades chroniques' de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, un Observatoire des maladies chroniques a été créé en mai 2012, impliquant officiellement pour la première fois les associations de patients dans l'élaboration de la politique de soins de santé. L'INAMI a également élaboré un statut spécifique pour les personnes atteintes d'une maladie chronique. Le 8 juillet 2013, les mutualités et les prestataires de soins, entre autres, ont approuvé le projet d'arrêté royal mettant en œuvre ce statut. Celui-ci permet aux personnes atteintes d'une maladie chronique (ayant des dépenses de santé élevées pendant une longue période ou qui bénéficient du forfait de soins ou souffrant d'une maladie rare) de jouir automatiquement de certains droits pour pouvoir payer leurs dépenses de santé. Les patients qui ont ce statut bénéficieront dans un premier temps d'un Maximum à facturer spécifique et élargi, et à partir de 2015, de l'application obligatoire du régime du tiers payant social.

Les participants à la concertation pointent le phénomène de l'usure prématurée des personnes pauvres, qui n'est pas reconnu comme une maladie, mais qui entraîne une augmentation des dépenses de santé. Ils mettent en garde contre une définition trop stricte de ce statut, qui exclurait à nouveau ceux qui n'entrent pas dans ces critères. Du fait de leur sous-consommation, les personnes pauvres qui reportent les soins de santé ne répondent pas au critère des huit trimestres

durant lesquels la personne doit avoir eu des dépenses élevées de soins de santé pour pouvoir être reconnue comme 'malade chronique'.

2.3. Limites et conditions de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

2.3.1. Complexité

L'instauration de dispositifs et de statuts spécifiques a rendu le système de remboursement des soins de santé extrêmement complexe. Le grand nombre de statuts et leurs conditions différentes compliquent l'accès pour les bénéficiaires potentiels. Les participants à la concertation connaissent des médecins ou des assistants sociaux qui ont eux aussi du mal à s'y retrouver. Pour cette raison, ils n'interviennent pas de manière proactive, ne donnent pas toujours des informations correctes et négligent parfois des formalités importantes.

De nombreux statuts servent de porte d'entrée pour bénéficier d'autres avantages sociaux. Le droit à l'intervention majorée donne ainsi droit à une réduction dans les transports publics, une diminution du coût de téléphonie... Dans l'ensemble, la perte de ces statuts a donc des conséquences plus larges pour les bénéficiaires.

De plus l'octroi de ces avantages selon le statut plutôt que les revenus, peut constituer une injustice vis-à-vis des personnes à bas revenus qui ne possèdent pas le statut en question. L'instauration de mesures basées sur le revenu (ex : extension du BIM avec OMNIO) permet d'octroyer ces avantages à tous ceux qui ont un même niveau de revenus. En même temps, les personnes dont le revenu est (un rien) trop élevé n'entrent pas en ligne de compte alors qu'elles peuvent parfois avoir un très petit revenu disponible à cause de frais de santé structurellement élevés et ce, malgré le maximum à facturer. « *Ils regardent les revenus mais pas les dépenses. Parfois les frais d'hôpital, des médecins et de pharmacies sont si élevés que tu n'as finalement pas un haut revenu si on comptait tout ça. Je trouve que ça, c'est le plus grave, ils ne regardent jamais les dépenses qu'une personne doit faire pour ses soins médicaux* ».

Cette complexité est l'une des raisons pour lesquelles des personnes ne font pas valoir leur droit à certaines

224 V.C. (2013). Een financiering 'op maat' van de wijkgezondheidscentra, 28 mai 2013, www.medi-sphere.be, voir aussi : <http://www.maisonmedicale.org/Depuis-le-1er-mai-le-systeme-de.html>

225 Vancorenland, Sigrid (juin 2013). « Évolution de la politique de santé en faveur des malades chroniques », *MC-Informations*, 252, p. 12-25.

mesures. Pour remédier à cela, on évoque souvent un octroi automatique des droits mais cela reste complexe et soulève la question de la disponibilité et des échanges de données²²⁶. Les participants à la concertation signalent que l'automatisation est une bonne chose pour les personnes défavorisées. Elles ne doivent plus prendre elles-mêmes l'initiative d'analyser si elles ont droit à une intervention plus élevée par exemple et de le faire valoir tandis que le médecin a moins de dossiers administratifs à remplir et donc plus de temps pour son patient. Certains redoutent toutefois les conséquences d'accords systématiques entre prestataires de soins de santé. Selon des participants au groupe de concertation, il y a des médecins qui travaillent avec un pharmacien spécifique qui prépare automatiquement un médicament prescrit pour le patient. Cela peut être efficace mais laisse peu de marge au patient pour reporter ou renoncer à l'achat du médicament lorsqu'il n'a pas les moyens de le payer. *« Il prescrit des médicaments que je ne peux pas payer, alors je dois établir des priorités. »*

L'octroi du statut BIM et OMNIO et du MAF dépend du revenu du ménage. Jusqu'ici, le ménage est défini soit comme le titulaire, son partenaire et les personnes à charge (BIM), soit comme toutes les personnes domiciliées à la même adresse (OMNIO et MAF). Cette définition est problématique pour les cohabitants. Comme les revenus sont additionnés pour calculer le revenu du ménage, ils ont moins de chances de bénéficier d'une intervention. Dans une perspective de genre, la concertation s'interroge sur l'affiliation à l'assurance obligatoire SSI, qui se fait sur une base individuelle et sur le calcul des allocations, pour lesquelles on prend en compte la composition et les revenus du ménage²²⁷. Cela va à l'encontre du principe assurantiel.

2.3.2. Soins et médicaments non couverts

L'assurance obligatoire SSI couvre (en partie) les tarifs conventionnés des médicaments et des consultations. Par conséquent, certains soins et médicaments importants ne sont pas, ou pas suffisamment, remboursés : transport médical non urgent, soins à domicile,

certains équipements médicaux, soins dentaires spécialisés, lunettes...²²⁸. Les consultations dans le secteur de la santé mentale ne sont pas remboursées non plus, ce qui dissuade les gens d'y recourir. Les personnes socialement et financièrement vulnérables qui ont de graves problèmes psychiques ou psychiatriques ont accès aux Services de Santé Mentale (SSM) à un tarif réduit, voire gratuitement. Des personnes en situation de pauvreté affirment que lorsqu'une consultation chez le médecin est remboursée, ce n'est pas toujours le cas pour le suivi de celle-ci, par exemple certains médicaments, l'orthodontie... À cause des difficultés de paiement, elles n'ont pas toujours la possibilité de suivre le traitement prescrit et leur situation s'aggrave alors.

Ces lacunes de l'assurance obligatoire SSI augmentent les demandes d'assurance privée. Selon des chiffres d'organismes privés d'assurance maladie, la moitié des Belges disposent d'une assurance privée²²⁹. Les personnes précarisées y ont cependant moins ou pas du tout recours. Il est beaucoup moins probable que leur employeur ait souscrit une assurance collective ou qu'elles soient en mesure de payer une assurance individuelle. Elles gagneraient pourtant à avoir une couverture supplémentaire, parce que leur santé est souvent moins bonne. Les participants à la concertation réfutent par ailleurs l'argument selon lequel une assurance privée n'apporterait qu'un 'confort' supplémentaire, mais au contraire jugent nécessaire une couverture obligatoire plus large.

2.3.3. Affiliation à la mutualité

Il faut s'inscrire auprès d'un organisme assureur (mutualité) de son choix pour pouvoir bénéficier de l'assurance obligatoire SSI. La plupart des mutualités font payer une cotisation qui permet de financer la gamme d'assurances complémentaires qu'elles proposent, sauf la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI), où il n'y a pas d'assurances complémentaires et où l'inscription est donc gratuite. Bien que la gratuité en facilite l'accès, des personnes en situation de pauvreté indiquent qu'elles regrettent ne pas pouvoir bénéficier de l'assurance

226 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Automatisation de droits qui relèvent de la compétence de l'État fédéral*. Note sur demande de la Commission d'accompagnement.

227 Nederlandstalige Vrouwenraad vzw (2011). « Individuele rechten in de sociale zekerheid », Bruxelles, NVR.

228 L'assurance flamande soins de santé couvre des frais spécifiques, à certaines conditions : <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/vlaamse-zorgverzekering/vlaamse-zorgverzekering>.

229 http://www.assuralia.be/fileadmin/content/stats/03_Cijfers_per_tak/05_Gezondheid/04_Aantal_verzekerden/NL/01_Aantal_verzekerden%2001.htm.

complémentaire auprès de la CAAMI et doivent donc payer elles-mêmes des coûts plus élevés lorsqu'un risque n'est pas couvert. L'assurance obligatoire des mutualités est financée par les cotisations sociales perçues sur les revenus du travail du titulaire ou sur la base d'une situation similaire. Les assurés qui ne paient pas de cotisations sociales (étudiants, rentiers, membres d'une congrégation religieuse, résidents...) doivent payer des cotisations personnelles en fonction du revenu du ménage. Les bénéficiaires du revenu d'intégration ne paient pas de cotisations sociales. Les indépendants doivent également s'affilier à une mutualité et payer des cotisations sociales.

Les familles pauvres témoignent du fait que certaines mutualités ne reconnaîtraient pas le statut de personne à charge pour un enfant qui ne figure pas dans la composition de ménage. Pourtant, pour être à charge, un enfant ne doit pas nécessairement être domicilié au même endroit que le titulaire.

Elles ont également fait l'expérience d'être exclues de leur mutualité en raison d'un endettement excessif. Cela les contraint à passer par un stage d'attente avant d'avoir à nouveau accès à leurs droits. Il n'y a pas de délai d'attente lors de la première inscription à une mutualité. Le droit est immédiatement ouvert et reste applicable jusqu'à deux ans après la dernière année durant laquelle la personne était en règle de cotisations (sociales ou personnelles). Quand on perd ce droit, on peut faire appel au service social de la mutualité ou au CPAS pour le retrouver. Si la personne est à nouveau en règle de cotisations dans le délai de deux ans, son dossier est régularisé et il n'y a pas de stage d'attente.

Après deux ans, il faut se réinscrire et passer par un stage d'attente de six mois, ceci afin d'éviter que des personnes ne paient pas de cotisations personnelles mais soient malgré tout couvertes par l'assurance obligatoire. Certaines catégories sont exemptées de ce stage : les VIPO, les bénéficiaires du revenu d'intégration, de la garantie de revenus aux personnes âgées, d'allocations familiales majorées pour enfants handicapés ou d'une allocation pour personne handicapée, les chômeurs âgés de longue durée et les personnes dans certaines situations spécifiques (ceci est décidé par le fonctionnaire dirigeant de l'INAMI sur la base d'un rapport établi par la mutualité concernée). En principe, les personnes en situation précaire peuvent donc se réinscrire à une mutualité sans stage d'attente. Les participants à la concertation se demandent dès

lors pourquoi maintenir une procédure aussi compliquée. Une réinscription est toutefois nécessaire quand on n'a plus d'adresse de référence. Selon le groupe de concertation, dans la pratique, il peut y avoir des différences entre les modes de fonctionnement des mutualités. Des participants ont également fait l'expérience du fait que, comme une réinscription entraîne généralement moins de travail administratif qu'une régularisation (qui exige beaucoup de vérifications), certains professionnels choisissent la voie de la facilité et non pas la solution la plus avantageuse pour le titulaire.

Aux yeux des personnes pauvres, de nombreux services offerts par les mutualités restent vagues et l'information sur les coûts médicaux et le remboursement est insuffisante, malgré les nombreux efforts entrepris par les mutualités (dépliants, fiches, site internet...). Par ailleurs, les personnes pauvres ont généralement une expérience positive des contacts avec l'assistant social de leur mutualité et sont donc demandeuses pour que l'on renforce la fonction d'information et d'accompagnement des mutualités. « *Nous avons bien un assistant social à la mutuelle, qui nous a déjà aidé quelques fois. Mais je dois être honnête.. Sur la durée, tu reçois tellement de papiers de docteurs différents, de contrôles... que tu ne sais plus très bien ce que tu dois faire avec tout ça. Parce que je suis juste une personne normale hein. Je suis juste allé à l'école. Et puis tu es dépendant de personnes qui en savent plus* ». Durant la concertation, on a confirmé que la mutualité avait une tâche d'assistance et de conseil au travers de ses services sociaux. Les personnes précarisées devraient être incitées à en faire davantage usage. En effet, beaucoup de mutualités mènent une politique de proximité (permanences, visites à domicile...) mais celle-ci risque d'être limitée dans un contexte de restriction budgétaire.

Un problème peut se poser pour les indépendants. Pour ouvrir le droit au remboursement des soins de santé au cours d'une année civile (ex : 2014), ils doivent être en ordre de cotisations sociales au cours de l'année de référence « X-2 » (selon notre exemple : 2012). Un 'bon de cotisation' est alors délivré dès le début de l'année suivante (ex : janvier 2013). Cela dit, il arrive qu'il ne le soit qu'à la fin de l'année (après que l'indépendant ait soldé ses cotisations sociales pour l'année de référence). Lorsque, selon notre exemple, l'indépendant n'est pas en ordre de paiement de cotisations sociales pour l'année 2012, ce n'est donc qu'à la fin de l'année 2013 que l'organisme assureur lui signa-

lera que sa couverture soins de santé ne pourra, le cas échéant, pas être prolongée au 1^{er} janvier 2014. À cet instant, une demande de dispense (auprès de la Commission des Dispenses de Cotisations du SPF Sécurité sociale) pour l'année de référence (2012) n'est plus recevable ou seulement recevable pour le dernier trimestre. En effet, il n'est possible de faire rétroagir la demande de dispense que de maximum 1 an. La couverture soins de santé du travailleur indépendant ne pourra être rétablie que moyennant le paiement, par l'indépendant ou le CPAS, soit du solde des cotisations sociales de l'année de référence soit des cotisations 'Titulaire au Registre national' (voir 2.3.4). Celles-ci peuvent s'avérer pratiquement aussi élevées que les cotisations sociales de cette année-là et le paiement de ces dernières restent exigible par la Caisse d'assurances sociales.

2.3.4. Inscription au Registre national

En 1998, la couverture de l'assurance obligatoire SSI a été étendue à toute personne inscrite au Registre national. Malgré cette généralisation du droit à l'assurance maladie, des personnes restent exclues du système. Les personnes en séjour précaire ou irrégulier n'ont pas accès à l'assurance obligatoire SSI, tout comme les personnes sans abri sans adresse de

référence. Les efforts pour parvenir à une couverture universelle se poursuivent néanmoins. Ainsi, les mineurs scolarisés non accompagnés constituent depuis 2008 une catégorie distincte d'ayants droit²³⁰. Enfin, les personnes en séjour irrégulier ont accès à certains soins de santé via l'Aide Médicale Urgente assurée par le CPAS. Cependant, depuis peu, les ressortissants des États membres de l'Union européenne et les membres de leur famille n'y ont plus accès pendant les trois premiers mois de leur séjour (voir point 4.3).

Outre les différentes possibilités pour payer les cotisations sociales ou personnelles, la qualité de 'résident' ou de 'Titulaire au Registre national' ouvre l'accès à l'assurance obligatoire SSI. Cette qualité a été créée pour les personnes qui n'ont pas d'autre statut ou qui ont des revenus extrêmement faibles. Le montant de la cotisation à payer est calculé en fonction de leurs revenus (des dispenses existent). Les indépendants (faillis ou non) peuvent également recourir à cette option.

230 Point 22 de l'article 32, 15° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme plaide actuellement pour que les mineurs scolarisés accompagnés aient également droit à l'assurance obligatoire soins de santé.

3. Indemnités en cas d'incapacité de travail

Outre le remboursement des soins de santé, l'assurance obligatoire SSI octroie des indemnités destinées à compenser la perte de salaire des ayants droit en cas de maladie. Cette branche de la sécurité sociale prend de plus en plus d'importance à la suite de l'augmentation des personnes en incapacité de travail, au point qu'elle se retrouve aujourd'hui mise sous pression (3.1). C'est une des branches auxquelles on affecte le plus de moyens au sein de la sécurité sociale, après les soins de santé, les pensions et le chômage²³¹. À la fois, il est de plus en plus clair que le montant des indemnités est souvent insuffisant pour mener une vie conforme à la

dignité humaine et payer des dépenses de santé structurales supplémentaires (3.2). Nous verrons dans quelle mesure l'importance accordée ces dernières années à la réinsertion professionnelle peut effectivement constituer une solution face à ces tendances (3.3).

3.1. Augmentation du nombre d'ayants droit aux indemnités

Lorsqu'un assujetti à l'assurance obligatoire SSI est jugé, pour des raisons de santé, inapte au travail à hauteur de 66 % ou plus, il peut être déclaré en incapacité de travail par le médecin-conseil de la mutualité et doit cesser tout travail. La première année d'incapacité de travail est appelée 'incapacité primaire'. Après un an,

231 INAMI (2013). INAMI-Rapport annuel 2012 – 4^{ème} partie : Exposés thématiques – Evolutions et causes de l'incapacité de travail.

on parle d'invalidité'. La décision à ce sujet est prise par le Conseil médical de l'Invalidité (CMI) de l'INAMI.

Le nombre d'invalides ne cesse d'augmenter. Fin 2011, la Belgique comptait 289.814 invalides (salariés et indépendants) contre 278.071 en 2010. L'augmentation entre 2001 et 2011 s'élève à 42 %. Elle est due entre autres au vieillissement de la population mais aussi à l'accroissement des troubles psychiques et mentaux et à l'évolution du marché de l'emploi²³². Une récente étude de l'OCDE confirme qu'un tiers des demandes d'indemnités d'invalidité est fondé sur des problèmes de santé mentale et que cette proportion est en augmentation²³³. À Bruxelles, en 2008-2011, l'invalidité touchait 6,6 % des Bruxellois et plus souvent les femmes que les hommes et les troubles de la santé mentale représentent la première cause d'invalidité²³⁴.

On ne peut plus ignorer l'influence des conditions de travail sur l'augmentation des cas d'invalidité. La dégressivité croissante des indemnités de chômage a probablement aussi une incidence sur le nombre de travailleurs atteints d'une incapacité de travail (voir le chapitre emploi). Cela fait longtemps que des personnes pauvres dénoncent le manque d'emplois de qualité et l'inadéquation du marché de l'emploi. Mais ce problème de société est trop souvent individualisé, médicalisé et renvoyé au secteur de la santé (voir aussi 1.1.4).

3.2. Insuffisance des indemnités

Durant la période d'incapacité de travail primaire, l'indemnité correspond à 60 % du salaire perdu. Des prestations minimales, qui varient entre autres selon la situation familiale (chef de famille, isolé, cohabitant), sont applicables à partir du septième mois. L'indemnité d'invalidité correspond à 65 % du salaire pour les invalides ayant des personnes à charge, à 55 % pour les isolés et à 40 % pour les cohabitants²³⁵. Les

montants maximaux et minimaux varient aussi en fonction de la situation de famille. En cas de maladie et d'interruption de leur activité, les indépendants ont également droit à une indemnité, pour autant qu'ils répondent à certaines conditions. Mais ils ne touchent rien durant le premier mois de leur incapacité de travail. C'est un mois difficile puisqu'ils ne perçoivent pas non plus de salaire garanti. Ce n'est qu'à partir du deuxième mois qu'ils touchent une indemnité quotidienne forfaitaire, qui dépend également de leur situation familiale. Pendant la période de maladie ou d'invalidité, les indépendants peuvent demander une assimilation pour cause de maladie, ce qui leur permet de conserver leurs droits sociaux sans devoir payer de cotisations sociales.

L'évolution des indemnités d'invalidité n'a pas suivi l'évolution des salaires. Celles-ci se sont donc progressivement érodées. Or, aux dépenses quotidiennes s'ajoutent les dépenses de santé qui peuvent peser lourd dans le budget d'une personne en invalidité. Le niveau trop faible des indemnités a pour effet que des personnes reportent des soins indispensables et compromettent ainsi leur santé.

Le débat sur l'individualisation des droits dans le domaine des soins de santé semble moins problématique. En effet, toute personne jouit de droits propres grâce à son inscription au Registre national. Par ailleurs, les personnes à charge d'un titulaire de l'assurance obligatoire SSI jouissent des mêmes droits que le titulaire. Il peut néanmoins y avoir une tension entre la couverture individuelle de l'assurance obligatoire et le calcul des allocations accordées en fonction de la composition et/ou des revenus du ménage, ce qui fait qu'un ménage dans lequel deux personnes cotisent peut toucher une allocation plus faible qu'un ménage où il n'y a qu'une seule personne qui paye sa cotisation et une personne à charge. Le fait que les cohabitants n'ont pas de droits propres est jugé problématique. Ceci suscite un sentiment d'injustice et est en contradiction avec le principe d'égalité de traitement entre hommes et femmes²³⁶.

232 INAMI (2013), *op.cit.*

233 OCDE (2013). *Mental health and work : Belgium*.

234 Observatoire de la santé et du social Bruxelles (2012). *Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2012*, Commission communautaire commune, p. 56.

235 L'indemnité accordée aux isolés est considérée comme un droit individuel ou droit propre. La différence de taux d'indemnisation entre un chef de famille et les autres catégories est considérée comme un droit dérivé. La différence de taux d'indemnisation entre un isolé et un cohabitant n'est pas considérée comme un droit propre.

236 Nederlandstalige Vrouwenraad vzw, *op.cit.*

3.3. Réorientation vers l'emploi

Les statuts d'incapacité de travail et d'invalidité ne sont pas définitifs, mais se situent toujours dans la perspective d'une reprise du travail. À cet effet, le médecin-conseil évalue régulièrement l'incapacité de travail de l'intéressé et lui donne ou non l'autorisation de se réinsérer sur le marché de l'emploi. Cependant, après six mois d'incapacité, il examine plutôt ses capacités restantes que son handicap ou son invalidité : il ne vérifie pas seulement si l'intéressé est en mesure de reprendre son emploi précédent, mais aussi s'il est apte à exercer un métier correspondant à sa formation. Il ressort néanmoins d'une étude de l'INAMI qu'en 2008, à peine 3,54 % des invalides sont sortis du système pour reprendre le travail²³⁷. Beaucoup de participants à la concertation se demandent si le marché de l'emploi n'est pas de moins en moins adapté à un nombre croissant de citoyens, surtout aux plus vulnérables et cela, malgré la volonté croissante des pouvoirs publics et de différents services et institutions d'aider les personnes en incapacité à retrouver du travail.

3.3.1. Pièges à l'emploi

Les personnes en incapacité de travail ou en invalidité peuvent, pour toute une série de facteurs subjectifs et objectifs, se sentir freinées pour reprendre le travail. La concertation témoigne du fait que pour beaucoup, le terme 'invalidité' est ressenti non seulement comme stigmatisant mais aussi comme définitif : dans leur perception, il y a peu d'ouverture vers une reprise du travail. « *J'ai touché pendant un an l'assurance maladie. La mutualité m'a dit alors qu'au bout d'un an, je passerais à l'invalidité, mais je ne voulais vraiment pas ça. Non, car vous avez alors une étiquette qui vous colle et dont vous ne pouvez plus vous débarrasser. Mieux vaut retrouver un travail* »²³⁸. L'obligation de cesser complètement ses activités professionnelles avant de pouvoir être reconnu en incapacité de travail ne favorise pas le retour à l'emploi. C'est un problème réel, en particulier pour les indépendants parce qu'ils doivent reprendre toute leur activité à zéro.

Les personnes en incapacité craignent aussi de retomber malades ou de faire une rechute après avoir recommencé à travailler pendant un certain temps, ce qui obligerait à nouveau leur employeur à payer un salaire garanti et leur donnerait une réputation d'instabilité et de manque de fiabilité. « *J'ai choisi de retourner travailler lorsque j'étais malade, à mi-temps. Et le médecin-conseil a appris que je travaillais 15 heures et que le reste était payé par l'assurance maladie. Mais j'ai fait une rechute et j'ai à nouveau touché uniquement l'assurance maladie. Mais le fait que je sois retourné travailler posait visiblement problème à l'assurance maladie. Et je me suis dit : est-ce qu'il ne vaut pas mieux essayer de retourner travailler ?* » En outre, en cas de reprise du travail à temps plein, il est impossible de faire un pas en arrière pour effectuer du travail à temps partiel, complété par une indemnité. En cas de rechute²³⁹, on retombe d'abord en incapacité de travail 'à temps plein'. Si on reprend le travail dans une autre fonction et pour un salaire inférieur, on risque aussi de subir une perte de revenus en cas de nouvelle incapacité puisque l'allocation est calculée sur le dernier salaire. Pour les personnes en situation de pauvreté, c'est un risque réel qui accroît encore leur précarité.

Les personnes qui perçoivent une indemnité d'invalidité risquent de perdre leurs avantages sociaux en cas de reprise du travail, à moins de présenter une attestation officielle d'invalidité. « *... Il faut attendre un an avant d'être à nouveau reconnu invalide à 66 %. Puis il faut attendre un an avant de recevoir un abonnement de bus à 25 euros par mois, avant de pouvoir réduire les frais de téléphone...* » Le système de protection sociale s'efforce d'éviter ce piège. Ainsi, le supplément social aux allocations familiales pour malades de longue durée et invalides reste valable pendant huit trimestres après la reprise du travail, pour peu que l'on réponde aux conditions de revenu. On conserve aussi le droit à l'intervention majorée jusqu'au premier contrôle suivant et celle-ci ne s'arrête qu'à la fin de l'année calendrier. Le régime d'emploi progressif s'efforce lui aussi de répondre à ces préoccupations, entre autres par le maintien du statut d'invalidité (3.3.3).

237 INAMI (2011). *Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides – travailleurs salariés –*, Bruxelles, INAMI. Ce chiffre est global et concerne un public très hétérogène en termes d'âge, de sexe, de situation sociale... Il n'a donc qu'une valeur indicative.

238 Network tegen armoede (2013). *Invaliditeit en participatie*, Note de travail du 2 juillet 2013.

239 Durant la période d'incapacité, toute reprise du travail inférieure à 14 jours est considérée comme une rechute (qui ne met pas un terme à la période d'incapacité). Durant la période d'invalidité, toute reprise du travail inférieure à trois mois est considérée comme une rechute (qui ne met pas un terme à la période d'invalidité).

Lorsque des personnes en incapacité primaire ne reprennent pas le travail dans les six mois, la probabilité pour qu'elles restent durablement dans le régime d'invalidité augmente. Plus longtemps on est malade, plus le marché de l'emploi évolue tandis que les capacités de la personne stagnent, plus l'absence de travail exerce un impact important et moins la personne a des ressources pour faire face à ce marché de l'emploi qui évolue...²⁴⁰ Lorsque l'invalidité est due à des troubles psychiques, ce piège a un aspect de cercle vicieux. Souvent, arrêter de travailler semble être le moyen le plus facile pour sortir d'une situation professionnelle stressante ou conflictuelle, mais les conséquences potentiellement néfastes de ce congé de maladie peuvent encore détériorer la santé mentale de la personne²⁴¹. Ce piège de l'invalidité joue aussi en sens inverse. Au cours de la concertation, des personnes pauvres ont témoigné qu'un CPAS leur avait conseillé de rester dans le régime de l'invalidité plutôt que d'aller travailler. En effet, si le salaire est plus bas, elles disposent de moins de revenus pour rembourser leurs dettes. Elles connaissent aussi le cas d'employeurs qui préfèrent que des travailleurs en incapacité de travail restent dans le régime de l'invalidité afin de ne pas devoir payer d'indemnités de rupture en cas de licenciement pour cause de maladie (possible après six mois d'incapacité de travail).

3.3.2. Différents statuts

La complexité des différents statuts d'incapacité de travail peut aussi dissuader des personnes ou les mettre en difficulté lorsqu'elles veulent à nouveau travailler²⁴². L'incapacité de travail est définie autrement par différentes institutions (qui dépendent de différents niveaux de pouvoir, comme l'INAMI, la Direction générale aux personnes handicapées, le Forem/Actiris...), selon un autre angle (médical, orienté vers le marché de l'emploi...) et avec une autre finalité (évaluer, contrôler, activer...). Les indemnités et les avantages accordés ne sont pas non plus les mêmes.

Au sein de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, on parle d'une 'incapacité de travail' et d'invalidité des deux tiers (66 %)²⁴³. Au sein de la réglementation du chômage, c'est l'ONEm qui reconnaît l'incapacité de travail à au moins 33 % des chercheurs d'emploi qui rencontrent des difficultés à accepter un emploi pour des raisons de santé. Dans ce cas, il est désormais prévu que le médecin de l'ONEm émet un avis concernant les professions que le travailleur peut encore exercer, avis qui est transmis au service régional de l'emploi²⁴⁴. En 2011, à peine 38,6 % de ces chômeurs ayant une inaptitude au travail ont un emploi²⁴⁵. Ces derniers temps, ils sont soumis à des pressions accrues pour trouver du travail. Ils ne pourront plus invoquer leur incapacité de travail en vue d'être dispensés de la procédure en matière de contrôle du 'comportement actif de recherche' d'un emploi²⁴⁶ (voir également le chapitre emploi).

Un grand problème se posait jusqu'il y a peu pour les personnes dont l'incapacité de travail n'est pas reconnue à au moins 66 % par la mutualité, mais est reconnue à plus de 66 % par l'ONEm. En effet, elles ne pouvaient bénéficier ni d'une indemnité d'incapacité de travail, ni d'une allocation de chômage et elles étaient ballotées à gauche et à droite. Les accords de coopération entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et les services de l'emploi devraient remédier à ce problème (3.3.3).

Une autre situation est celle des personnes sous statut MMPP²⁴⁷. Les services de placement régionaux sont chargés d'effectuer un screening qui détermine si une personne relève ou non de ce statut. Elle sera alors accompagnée dans un parcours d'activation, qui doit cibler la problématique médicale/mentale/psychique ou psychiatrique, ainsi que les obstacles socioéconomiques, sociaux ou psychosociaux qui freinent l'insertion.

240 Remacle, Anne et al. (juin 2012). « Parcours de vie des personnes en incapacité de travail prolongée », *MC-Informations*, 248.

241 Donceel, Peter (2011). *Arbeidsongeschiktheid evalueren bij psychische aandoeningen : een uitdaging voor de uitkeringsverzekering*. INAMI symposium, 8 juin 2011.

242 Vandenbroucke, Pieter (2010). « Niet elke handicap geeft gelijke kansen : over werk, armoede en handicap » dans Jan Vranken et al. (ed), *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 2010*, Acco, OASES.

243 La réduction de la capacité de gain doit être au moins égale ou supérieure à deux tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation pourrait faire.

244 Palsterman, Paul (2012). « Les réformes de l'été en matière de chômage » dans Etienne, Francine et Michel Dumont, *Regards croisés sur la sécurité sociale*, Anthemis et CUP, p. 645-966.

245 Samoy, Erik (2013). *Handicap en arbeid. Deel 1. Definities en statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap*, Departement Werk en Sociale Economie.

246 Arrêté Royal du 23 juillet 2012 modifiant l'Arrêté Royal du 25 novembre 1991 portant la réglementation du chômage dans le cadre de la dégressivité renforcée des allocations de chômage, *Moniteur belge*, 30 juillet 2012.

247 « Note politique : MMPP et activation », 15 janvier 2010, http://www.cgs-lb-bruxelles.be/uploads/media/Note_MMPP_-_activation_02.pdf

tion socioprofessionnelle. Certains participants à la concertation condamnent lourdement cette catégorisation des demandeurs d'emploi. Selon eux, l'accompagnateur du service de placement régional risque fort de se référer à une norme sociale qui correspond aux critères d'employabilité définis par une entreprise mais qui est fort éloignée de l'univers de vie des personnes pauvres. Ils soulignent que cette catégorie risque de devenir un fourre-tout²⁴⁸ pour toutes les personnes au parcours atypique et de les stigmatiser (voir également 1.1.4).

Il convient également de mentionner la transition entre le statut de chômeur et celui de travailleur atteint d'une incapacité de travail. Un chômeur qui est inapte au travail reçoit pendant les six premiers mois une indemnité d'incapacité de travail égale à son indemnité de chômage. Avec l'introduction de la dégressivité des allocations de chômage, les personnes inaptes au travail se retrouvent rapidement en situation de précarité. De nombreux acteurs dénoncent cette situation injuste. Les chômeurs inaptes au travail ne sont pas seulement incapables de travailler mais ils ont également davantage de coûts de santé découlant de leur maladie.

3.3.3. *Back to work*

Le nombre croissant de personnes en invalidité soulève des défis aussi bien financiers que sociétaux auxquels, selon les institutions compétentes, il semble opportun de répondre en misant davantage sur la réinsertion socioprofessionnelle de ces personnes, pour autant que cela soit envisageable. C'est dans ce but que l'INAMI et les mutualités, ont entamé une collaboration plus étroite avec les services de placement régionaux qui mènent une politique active sur le marché de l'emploi. Ces accords de coopération entre l'INAMI, les organismes assureurs, les services régionaux compétents en matière de handicap et les services de l'emploi régionaux se sont récemment concrétisés dans les différentes Régions. Il devrait en résulter une interaction entre l'expertise médicale et la pratique d'activation ainsi qu'entre des partenaires qui respectent leurs décisions réciproques sur le pourcentage d'incapacité de

travail. En théorie, il devient donc impossible que des personnes tombent entre les mailles du filet et soient ballotées entre différentes instances. Pour le moment, les associations où des personnes pauvres se reconstituent constatent peu de différences en pratique.

Dans ce contexte, le Gouvernement fédéral a adopté en mai 2011 le plan 'Back to work'²⁴⁹. Celui-ci cherche à favoriser la réinsertion professionnelle volontaire et accompagnée en donnant l'occasion à des allocataires sociaux de retrouver une place, à temps partiel ou à temps plein, sur le marché de l'emploi sans compromettre leurs droits sociaux ou leur santé. Ce plan renforce des initiatives qui existaient déjà et en institue de nouvelles, par exemple en incitant les personnes à se recycler (par une augmentation de l'indemnité par heure de formation et de la prime de réussite) et en élaborant des parcours d'insertion sur mesure.

C'est surtout le système de la reprise partielle du travail qui a été assoupli. Dans le cadre de cet emploi progressif ou de ce travail autorisé, des personnes en incapacité de travail dont la capacité de gain est réduite d'au moins 50 % peuvent, avec l'autorisation du médecin-conseil, reprendre le travail à temps partiel en conservant leur statut et (une partie de) leur indemnité (moyennant le respect de certaines règles)²⁵⁰. Par ailleurs, les personnes en incapacité de travail n'ont désormais plus besoin de l'autorisation préalable du médecin-conseil, ce qui fait qu'elles ne doivent plus attendre l'approbation de leur demande avant de pouvoir commencer à travailler²⁵¹. Grâce à ce système, 8,1 % des salariés en invalidité et 10 % des indépendants en invalidité ont repris le travail à temps partiel en 2011, soit nettement plus que l'année précédente. 40 % des salariés et 25 % des indépendants reprennent le travail à temps plein. Les chances de reprendre le travail à temps plein sont plus importantes quand la reprise partielle du travail a lieu dans les 6 mois suivant le début de l'incapacité de travail (la moitié des personnes en incapacité reprennent alors le travail) et que l'activité est de courte durée (de 1 à 6 mois). Environ une personne sur quatre retombe ensuite en

248 Van Leuven, Frédérique (s.d.). « MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure », *Mental'idées*, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, n° 18, p. 10-20.

249 Voir Note de politique générale du secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des risques professionnels : <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/53/1964/53K1964007.pdf>.

250 Article 100, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 31 décembre 1998.

251 Arrêté royal du 12 mars 2013 modifiant l'Arrêté Royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

incapacité complète²⁵². Bien que ce système apporte certainement une plus-value (par exemple le maintien du statut), il présente encore des points faibles²⁵³. Lors de la concertation, on a indiqué que le taux de 50 % de réduction de la capacité de gain n'était pas interprété de la même manière par tous les médecins-conseils et sert souvent de norme pour approuver l'emploi à mi-temps. En outre, il a été suggéré que bien qu'une reprise complète du travail ne soit pas l'objectif ultime, c'est pourtant celle-ci que certains médecins-conseils ont en vue. C'est pourquoi le système ne semble pas encore assez flexible pour les malades chroniques.

Bien que le plan 'Back to work' ait été conçu comme un accompagnement vers l'emploi sur base volontaire et qu'il contienne certainement des opportunités pour les allocataires sociaux, des mises en garde ont également été exprimées durant la concertation. Certains participants craignent par exemple que les allocations, qui sont déjà très basses, soient soumises à des conditions similaires à celles des allocations de chômage, qui sont déjà soumises à la dégressivité. On se pose aussi des questions sur la signification du caractère 'volontaire' et on craint que les personnes en invalidité et en incapacité de travail se retrouvent, elles aussi, prises dans une logique d'activation. Le fait que, depuis peu, les demandeurs d'emploi ayant une inaptitude au travail doivent prouver leur comportement actif de recherche d'emploi alimente ces craintes (voir 3.3.2).

De plus, selon des participants à la concertation, il y a de fortes chances pour que les personnes en incapacité ne retournent pas sur le marché de l'emploi, mais bien au chômage. Le risque est grand de ne pas trouver suffisamment d'employeurs prêts à engager dans des emplois adaptés des personnes qui ont eu des problèmes de santé et qui ont suivi un parcours de réinsertion, ce qui empêchera de faire de ce Plan un véritable programme de remise à l'emploi. Il est plus probable qu'on s'adresse, après une présélection, aux personnes les plus faciles à intégrer tandis que les plus vulnérables resteront dans leur statut d'invalidité.

Cela soulève aussi la question du rôle du médecin-conseil. En effet, c'est lui qui donne son accord pour

un emploi, un recyclage, une formation ou un stage et qui, en cas de rechute, approuve à nouveau l'incapacité de travail. Quand une personne en incapacité suit par exemple un parcours de réorientation professionnelle, le médecin-conseil évaluera au bout de six mois si cette formation lui a permis d'être à nouveau capable de gagner sa vie sur le marché de l'emploi. Il ne doit pas tenir compte pour cela de la reprise ou non d'une activité professionnelle. Il se peut que la personne ne soit plus considérée comme étant en incapacité de travail et se retrouve au chômage²⁵⁴.

Les personnes en situation de pauvreté déplorent le manque de communication entre le médecin-conseil, le médecin traitant et le patient. Elles font souvent l'expérience de problèmes de transmission et d'interprétation de l'information, ce qui les enferme dans un cercle vicieux caractérisé par leur mauvais état de santé. Elles se demandent par exemple sur quoi un médecin-conseil se base pour évaluer la charge que peut représenter un emploi pour des personnes en situation précaire. L'interprétation du médecin-conseil peut les rejeter en dehors du système. Il est possible d'aller en appel contre la décision de celui-ci auprès du tribunal du travail. Mais malgré le soutien juridique que peuvent apporter les mutualités, cela reste un pas difficile à franchir pour des personnes défavorisées. Il est recommandé d'introduire une procédure d'appel interne au cours de laquelle un second avis serait prévu.

Les participants à la concertation sont conscients du rôle difficile du médecin-conseil. Il a trop peu de temps par assuré pour remplir sa fonction de conseiller et d'accompagnateur ; il est alors uniquement perçu comme un contrôleur. Cette perception risque encore d'être renforcée par la responsabilisation des médecins-conseils dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, qui les pousse encore plus dans une logique de contrôle.

3.3.4. Pression accrue sur le système

Lors de la concertation, des personnes en situation de pauvreté ont indiqué qu'elles constataient depuis plusieurs années une augmentation du nombre d'exclusions du droit aux indemnités d'incapacité de travail. Des personnes en incapacité de travail ne

252 Service des indemnités (2012). *Reprises de travail à temps partiel autorisées par les médecins conseils pour les travailleurs salariés en incapacité de travail*. Bruxelles, INAMI.

253 Vlaams Patiëntenplatform (2013). *Knelpuntennota over toegelaten arbeid*, Heverlee, Vlaams Patiëntenplatform.

254 INAMI (2012). *Rapport annuel 2011*.

seraient plus reconnues parce que leurs dossiers sont réexaminés à la lumière de leur 'situation préalable'²⁵⁵. S'il s'avère qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'affection médicale et le début de l'incapacité de travail, la personne perd son droit à une allocation. Des personnes qui avaient déjà des capacités de gain réduites avant d'arriver sur le marché de l'emploi se voient ainsi refuser l'accès à la sécurité sociale et renvoyées vers le régime des allocations aux personnes handicapées. Mais celui-ci ne leur garantit pas un revenu propre et ne prévoit pas d'accompagnement vers l'emploi.

La lutte contre la fraude sociale, devenue depuis l'accord de Gouvernement fédéral de 2011²⁵⁶ une priorité politique, augmente également la pression sur le système. Concernant la récupération des indus et la fraude aux indemnités, l'accord cible le renforcement du contrôle et une responsabilisation accrue des organismes assureurs. Ainsi, les mutuelles ont l'obligation d'informer l'INAMI une fois par trimestre sur le montant total des paiements indus et sont incitées à consulter systématiquement les données du Registre national des personnes physiques. Les médecins traitants et les médecins conseils ont également

été responsabilisés²⁵⁷.

Au sein de l'INAMI, le Service de Contrôle Administratif (SCA) est chargé de la lutte contre la fraude sociale et détecte les cumuls non autorisés d'indemnités de l'assurance obligatoire SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement des données – *datamatching* – ou un croisement de banques de données), les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, les activités non autorisées (travail au noir), les fraudes portant sur le domicile, les fraudes relatives à la carte SIS, etc.²⁵⁸.

Cette stratégie soulève beaucoup de critiques parmi les participants. La communication au sujet de la fraude donne l'impression qu'il s'agit d'une problématique de grande importance, ce qui crée un risque de voir les ayants droit aux indemnités systématiquement stigmatisés. L'intensification de la lutte contre la fraude aux allocations accroît les craintes des personnes pauvres de faire l'objet d'un contrôle social, lors des visites à domicile, des mesures préventives et des activités d'*outreachment* alors qu'elles ont besoin de confiance et d'un accompagnement adapté.

255 Altéo (mars 2010). « Ligt het begrip 'vroegere staat' (in het kader van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994) aan de basis van de uitsluiting van bepaalde kwetsbare personen uit de invaliditeitsverzekering? », *MC-Information*, 239, p. 13-19.

256 Secrétaire d'Etat à la Lutte contre la Fraude (2012). *Even streng voor sociale als voor fiscale fraude*, interview dans Het Laatste Nieuws, 6 octobre 2012.

257 Projet de déclaration de Politique Générale (1^{er} décembre 2011), 2.1.9. Lutter contre la fraude sociale, p. 101.

258 Stiernon, Michaël (2010). La fraude sociale. Éléments de définition, action de l'INAMI, coordination de la lutte contre la fraude, 2010/3, p. 159-190 ; INAMI (2011). *Rapport annuel 2011*, 6^{ème} partie, données statistiques, p. 155 <http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/publications/annual-report/2011/pdf/ar2011all.pdf>

4. Assistance sociale

Malgré la protection apportée par l'assurance obligatoire SSI, les interventions dans les dépenses de santé présentent encore des lacunes. Des personnes peuvent alors se retrouver dans de graves difficultés financières en cas de problèmes de santé. De plus, la pression accrue sur les indemnités d'incapacité de travail peut entraîner, pour de plus en plus de personnes, la perte de leur droit à ces indemnités. Pour les personnes handicapées (4.1) et pour celles qui tombent hors des mécanismes de la sécurité sociale, l'assistance sociale peut constituer un ultime filet de sécurité, tant en les aidant à faire valoir le droit à une allocation (4.2) qu'en intervenant dans les frais médicaux (4.3). Les personnes en

séjour précaire ou irrégulier peuvent avoir recours à l'Aide Médicale Urgente (4.4).

La distinction entre la sécurité sociale et l'assistance sociale n'est pas toujours aussi stricte que cela. La capacité et la mesure dans laquelle les CPAS peuvent intervenir pour des bénéficiaires sont influencées par certaines mesures prises dans le cadre de la branche de l'assurance obligatoire SSI, comme l'instauration du Maximum à facturer ou le non-remboursement de certains traitements. À cause de la pression sur la sécurité sociale qui mène les ayants droit à se tourner vers l'assistance sociale et à cause de la logique fédé-

rale d'économies budgétaires, ce régime résiduaire est lui-même soumis à des pressions accrues. De plus, dans le contexte d'activation et de conditionnalité dominant aujourd'hui, face à de graves problèmes de santé, certains CPAS proposent de conditionner le maintien du revenu d'intégration au suivi d'un traitement médical. Les travailleurs sociaux sont parfois dans l'obligation de 'médicaliser' un problème social pour éviter qu'une personne ne perde ses droits²⁵⁹.

4.1. Allocations aux personnes handicapées

4.1.1. Augmentation du nombre de bénéficiaires

Les personnes qui, à cause d'un handicap, voient leur capacité de gain réduite à un tiers de ce que peut gagner une personne en bonne santé sur le marché du travail ordinaire, ont droit à une allocation de remplacement de revenus (ARR). Selon l'influence que le handicap exerce sur leur autonomie, les personnes handicapées ont également droit à une allocation d'intégration (AI). Ces interventions sont versées par le Service public fédéral Sécurité sociale, direction générale des Personnes handicapées, après reconnaissance du handicap.

Le nombre de bénéficiaires d'une ARR/AI a également fortement augmenté, passant de 115.915 en 2000 à 163.336 fin 2012 (51,6 % ont droit à une ARR et à une AI, 38 % uniquement à une AI et 10,4 % uniquement à une ARR). Durant la période 2001-2011, le nombre de bénéficiaires en âge d'exercer une activité professionnelle a augmenté de 42 %, même si le taux de progression diminue ces dernières années²⁶⁰.

Malgré l'augmentation des bénéficiaires d'une ARR/AI, il nous a été signalé qu'un certain nombre de personnes handicapées n'exercent, malgré tout, pas leurs droits, ne sont pas reconnues et ne bénéficient pas d'une allocation. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela : la méconnaissance des mesures, la complexité du système, la crainte d'une stigmatisation et d'un contrôle, les réticences à introduire une demande auprès de la commune. À cause de cette percep-

tion négative du handicap, des personnes pauvres ne vont, par exemple, pas s'identifier comme personnes handicapées, même lorsque leur capacité de gain et leur autonomie sont limitées. Un raisonnement similaire s'applique également aux personnes âgées qui attribuent leur perte d'autonomie à leur âge et ne la considère pas comme un handicap et qui, dès lors, ne demandent pas de reconnaissance et n'ouvrent pas de droit aux allocations²⁶¹.

4.1.2. Montants insuffisants des allocations

Pour déterminer le montant de l'allocation de remplacement de revenus, on tient tout d'abord compte de la situation familiale de la personne, selon qu'il s'agit d'un isolé, d'un cohabitant ou d'une personne ayant des enfants à charge. Ensuite, on tient compte du revenu du bénéficiaire (y compris les revenus de remplacement) et éventuellement de son partenaire (cohabitants sans lien de parenté jusqu'au troisième degré). Le montant de l'AI dépend de la mesure dans laquelle le handicap limite l'autonomie.

Une étude récente relative à l'efficacité de l'ARR et de l'AI pour les personnes handicapées²⁶² conclut que les montants des allocations sont trop faibles pour pouvoir assurer une protection minimale, couvrir les coûts supplémentaires inhérents au handicap et garantir des possibilités suffisantes de participation à la vie sociale. Cette étude s'intéresse également aux dépenses supplémentaires qu'une personne handicapée doit supporter pour atteindre le même niveau de vie qu'une personne valide. Si l'on tient compte de ces frais supplémentaires, les allocations apparaissent encore plus comme insuffisantes. Les ménages dans lesquels une personne perçoit une ARR/AI doivent supporter d'importants surcoûts qui ne sont pas couverts par l'allocation. Lorsqu'une personne est reconnue comme handicapée, elle peut bénéficier d'un certain nombre de droits, tant au niveau fédéral qu'à celui des Communautés et des Régions²⁶³. Plusieurs dispositifs existent afin d'assurer

259 Herscovici, Anne (2007). « Les CPAS, au pied du mur des inégalités », *Santé conjugulée*, n° 40.

260 SPF Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées (2013). *Aperçu de l'année 2012 en chiffres*, <http://www.handicap.fgov.be/sites/handicap.fgov.be/files/explorer/fr/aperçu-chiffres-2011.pdf>

261 Les plus de 65 ans peuvent demander une allocation pour l'aide aux personnes âgées. Comme cette mesure n'a pas été abordée durant la concertation, nous ne l'envisagerons pas ici non plus.

262 Vermeulen, Bram et al. (2012). *Handilab. Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*, Louvain, LUCAS.

263 La brochure « Les mesures pour les personnes handicapées en un clin d'oeil » donne un aperçu d'un certain nombre d'avantages pour les personnes handicapées, qu'ils soient octroyés par la DG Personnes handicapées ou par d'autres instances.

une compensation pour ces coûts supplémentaires. La question est de savoir si cela doit se faire surtout sous forme financière ou plutôt sous la forme de services.

La complexité du système est, dans de nombreux cas, préjudiciable pour la sécurité d'existence des personnes handicapées. Elles sont confrontées à différents dispositifs et statuts (assurance maladie, assurance chômage, revenu d'intégration, allocations aux personnes handicapées...) et le passage de l'un à l'autre se traduit souvent par des changements quant aux montants des allocations, aux conditions, aux avantages, etc. L'Accord fédéral de Gouvernement prévoit que : « Par ailleurs, le Gouvernement mènera une évaluation de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et proposera une réforme globale du régime afin de le simplifier [et] de moderniser les critères d'évaluation du handicap [...] »²⁶⁴. Le secrétaire d'État aux Personnes Handicapées a, dans ce cadre, mis sur pied une concertation avec des acteurs de terrain. Une synthèse des contributions récoltées a été établie²⁶⁵. Entretemps, la DG Personnes handicapées a lancé plusieurs projets relatifs à la simplification et à l'automatisation des procédures²⁶⁶.

4.1.3. Prix de l'amour

Dans le calcul du montant des allocations aux personnes handicapées, les revenus du partenaire du bénéficiaire sont également pris en compte (entraînant une diminution). Ce 'prix de l'amour' soulève un grand nombre d'interrogations. Une allocation d'intégration doit couvrir les coûts supplémentaires inhérents au handicap, indépendamment de savoir si la personne cohabite ou non.

Il ressort de l'enquête précédemment citée que, parmi les personnes interrogées qui ont un partenaire, celui-ci exerce un emploi dans seulement un cas sur quatre. C'est surtout l'allocation de remplacement de revenus qui est réduite à peu de choses une fois qu'on tient compte des revenus du partenaire. Des acteurs de terrain signalent

que ceci ne favorise pas l'autonomie des personnes handicapées. Ainsi, lorsque des femmes en mauvaise santé et qui n'ont jamais travaillé se séparent de leur mari, elles n'ont pas d'autre recours que de s'adresser au CPAS pour obtenir un revenu d'intégration. Comme leurs chances de trouver un emploi sont pratiquement nulles, on les incite à demander une ARR. Mais si elles rencontrent ensuite un autre partenaire et qu'elles souhaitent cohabiter avec lui, elles risquent de perdre leur allocation et elles se retrouvent dans une situation de dépendance. « Lorsque j'étais mariée, je ne recevais aucun revenu parce que j'étais mariée. Je me suis alors démenée pendant 10 ans pour être quelqu'un et maintenant je ne reçois toujours rien. Je me dis : suis-je encore quelqu'un ? Qu'est-ce qui reste de moi en tant que personne ? Cela ne donne pas un sentiment agréable de soi-même, être à nouveau dépendant de quelqu'un, vivre à ses crochets. »

4.1.4. Prix du travail

Les bénéficiaires d'une allocation de remplacement de revenus ou, dans une moindre mesure, d'une allocation d'intégration paient un prix élevé lorsqu'ils veulent combiner leur allocation avec un revenu du travail. Pour ceux qui perçoivent une ARR, le cumul est quasiment impossible. De plus, ils craignent de devoir rembourser leur allocation avec effet rétroactif une fois qu'ils auront trouvé du travail. En ce qui concerne l'AI, l'exonération limitée des revenus de remplacement (maladie-invalidité-chômage), par rapport à l'exonération étendue des revenus du travail, est source de tensions lorsqu'un revenu du travail est transformé en revenu de remplacement. Le régime actuel a été conçu dans l'idée que la combinaison entre un handicap et un emploi ne se ferait que de manière sporadique. Pourtant de nombreuses personnes handicapées cherchent des possibilités pour participer au marché de l'emploi. Contrairement aux personnes en incapacité de travail ou en invalidité, les bénéficiaires d'une ARR/AI ne peuvent pas du tout recourir à l'accompagnement vers l'emploi prévu dans le plan 'Back to work' (voir 3.3.3). C'est pourquoi de nombreux acteurs demandent des mesures visant à augmenter les possibilités d'emploi des personnes handicapées et à faciliter la combinaison avec une reconnaissance/allocation.

264 Accord de Gouvernement fédéral (2011), p. 158.

265 <http://www.presscenter.org/fr/pressrelease/20121126/revision-de-la-loi-de-1987-sur-les-allocations-pour-les-personnes-handicapees-?setlang=1>

266 Voir la contribution de la DG Personnes handicapées dans : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Automatisation de droits qui relèvent de la compétence de l'État fédéral*. Note sur demande de la Commission d'accompagnement, p. 15-17.

4.2. Accès aux droits

L'article 1 de la loi organique des CPAS²⁶⁷ stipule que le CPAS doit « *permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine* ». Dans le cadre du système de protection sociale, l'offre du CPAS relève de l'assistance sociale, l'ultime filet de protection. Autrement dit, le droit à l'aide sociale du CPAS est un droit résiduaire. Le CPAS « *fournit tous conseils et renseignements utiles et effectue des démarches de nature à procurer aux intéressés tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre dans le cadre de la législation belge ou étrangère* »²⁶⁸. Cela signifie que les CPAS doivent toujours vérifier si les demandeurs ne peuvent pas obtenir ailleurs l'aide nécessaire. Les CPAS vont donc vérifier si les demandeurs sont affiliés à une mutuelle ou s'ils peuvent bénéficier d'une allocation pour personne handicapée.

« *Si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, le CPAS l'affilie à l'organisme assureur choisi par elle et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI). Il exige dans la mesure du possible une contribution personnelle de l'intéressé* »²⁶⁹. Pour les citoyens européens, il convient de vérifier s'ils étaient couverts ou non par une assurance maladie dans leur pays avant de les assurer en Belgique. S'ils tombent malades pendant l'enquête, ils courent le risque de n'être assurés nulle part. En cas de problème pour payer les cotisations sociales, le CPAS peut intervenir pour combler le déficit précédent ou actuel. Une partie des personnes qui demandent l'aide du CPAS, par exemple les bénéficiaires d'un (équivalent du) revenu d'intégration ou d'une GRAPA, est exonérée du paiement des cotisations sociales. Le CPAS entreprendra également les démarches nécessaires pour qu'ils puissent bénéficier d'une intervention majorée. Dans certains cas, une réinscription n'est pas nécessaire et la situation du demandeur peut être régularisée auprès de la mutuelle (2.3.3). Les participants à la concertation ont souligné l'importance d'une bonne collaboration entre les assistants sociaux, les conseillers des CPAS et les mutuelles

pour trouver la solution la plus opportune pour toutes les parties concernées.

Quand des personnes s'adressent au CPAS pour obtenir un revenu d'intégration et ne peuvent pas, ou difficilement, être insérées sur le marché de l'emploi en raison de problèmes de santé reconnus, on vérifie si elles peuvent avoir droit à une ARR. Ce transfert ne se fait pas toujours facilement faute d'un bon dossier, à cause de la longueur du délai de traitement de ce dossier ou à cause de difficultés de collaboration entre le CPAS et la DG Personnes handicapées. Nous remarquons que seulement la moitié des demandes reçoivent une réponse positive, souvent après une longue procédure et donc avec une déception pour de nombreux bénéficiaires et des dossiers importants pour les services administratifs.

4.3. Intervention du CPAS dans les frais médicaux

Dans le cadre de sa mission en matière d'aide sociale, le CPAS peut intervenir dans le paiement de frais médicaux et pharmaceutiques, sous la forme d'un engagement de remboursement, d'une carte médicale ou d'une convention médicale²⁷⁰. Le principe de l'autonomie communale laisse chaque CPAS libre de fixer des priorités différentes²⁷¹.

4.3.1. Contexte

La loi organique des CPAS dispose que chaque CPAS peut décider en toute autonomie quels coûts médicaux il prend en charge et de quelle manière. Grâce à cette autonomie, chaque CPAS peut adapter sa politique aux caractéristiques et aux besoins des personnes qui résident sur son territoire. L'inconvénient est cependant qu'il y a autant de pratiques différentes que de CPAS, ce qui donne aux utilisateurs potentiels du CPAS une impression de manque de clarté et d'arbitraire.

Le CPAS doit mener une enquête sociale afin de constater l'état de besoin des demandeurs, avant d'in-

267 Loi du 8 juillet 1976 organique des Centres publics d'aide sociale, *Moniteur belge*, 4 août 1976.

268 Article 60 § 2 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux Centres publics d'aide sociale.

269 Article 60 § 5 de la loi organique, qui a pris un caractère obligatoire depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 août 1992 contenant des dispositions relatives aux CPAS (art. 35).

270 Article 57 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux centres publics d'aide sociale.

271 Mast, A., et. al. (2006). *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, Malines, Kluwer, p. 627.

tervenir dans les frais médicaux. Cette enquête prend généralement du temps et ne prend pas toujours en compte la partie des revenus consacrée de toute façon à des frais médicaux structurels. Depuis la mi-juin 2012, environ 80 % des CPAS de Belgique peuvent vérifier en ligne le montant des allocations de chômage ainsi que la situation juridique dans laquelle se trouve le chômeur²⁷². D'une part, cela soulage le travail administratif des CPAS et peut réduire le délai de traitement de la demande. D'autre part, le problème reste que cela permet seulement la prise en compte du revenu 'officiel' et non du revenu réellement disponible, après paiement des diverses charges.

Le CPAS peut, à certaines conditions, récupérer certains coûts auprès du pouvoir fédéral (à ce jour via le Service public de programmation Intégration sociale (SPP IS)²⁷³. Il s'agit surtout d'interventions dans les frais médicaux et pharmaceutiques dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Les coûts qui ne peuvent pas être récupérés auprès du SPP IS sont financés sur fonds propres du CPAS. Ces coûts varient d'un CPAS à un autre en fonction de l'importance de la demande sociale sur leur territoire et des moyens qu'ils peuvent consacrer aux frais médicaux.

Le remboursement ou non des frais médicaux par le SPP IS ne peut être utilisé comme argument par le CPAS pour justifier de prendre ou non en charge les frais médicaux d'un bénéficiaire. Lorsqu'il est demandé à un CPAS d'intervenir dans des coûts de soins médicaux qui ont déjà eu lieu (comme une facture d'hôpital impayée), il peut y avoir un débat quant au fait de le prendre ou non en charge. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure le bénéficiaire était dans le besoin par le passé. Cela signifie concrètement que les demandeurs ont intérêt à s'adresser au CPAS avant de faire appel à un prestataire de soins, ce qui pose problème en cas d'hospitalisation d'urgence.

4.3.2. Carte médicale

Une carte médicale est un document que le CPAS remet à un demandeur et par lequel il s'engage vis-à-vis d'un prestataire de soins à prendre en charge les coûts de certaines prestations médicales pendant une période donnée. Une carte médicale peut notamment être délivrée pour un traitement nécessaire et limité dans le temps (par exemple dans le cadre d'une grossesse). Cette manière de procéder suppose que le patient paie une première consultation pour faire constater la nécessité du traitement. Il est aussi possible d'attribuer une carte médicale de manière périodique (ou préventive), sans lien avec un traitement éventuel.

En principe, la carte médicale facilite l'accès à des soins de qualité pour le bénéficiaire. Elle facilite les contacts entre les usagers et les différents prestataires de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux...). Elle peut être adaptée de manière flexible à ses besoins et elle agit aussi préventivement puisqu'elle permet de traiter plus rapidement (sans frais pour le patient) des problèmes de santé. En outre, elle évite les tracasseries administratives tant pour le bénéficiaire que pour le prestataire de soins. Par exemple, il n'est plus nécessaire que le bénéficiaire se rende systématiquement au CPAS, ce qui représente un avantage important pour les personnes qui se déplacent difficilement, dont les personnes âgées ou malades chroniques. Le prestataire de soins a aussi la garantie qu'il sera payé.

La généralisation du dispositif actuel de carte médicale se heurte cependant à des obstacles. Ainsi, certains CPAS craignent entre autres une perte de contrôle financier sur les dépenses médicales des usagers. Pour leur part, les prestataires de soins ne sont pas toujours prêts à utiliser la carte médicale parce qu'ils n'y sont pas suffisamment familiarisés et qu'ils craignent la rupture du secret médical. Les participants au groupe de concertation confirment que le nombre restreint de prestataires de soins prêts à travailler avec la carte médicale sur un territoire communal donné peut compromettre le libre choix du patient et l'accès à des soins adaptés de qualité. Cela favorise également le risque de voir se développer un circuit parallèle de soins pour les personnes en difficultés financières. Quant aux bénéficiaires, leurs craintes se fondent sur le caractère stigmatisant de l'intervention du CPAS et sur la diversité des conditions d'attribution et des modalités de la carte médicale. Pour certains, la connaissance par le travailleur social des médicaments

272 Secrétaire d'État à la lutte contre la pauvreté (25 juin 2012). « Les CPAS ont directement accès aux informations concernant les allocations de chômage », *Communiqué de presse*, <http://www.deblock.belgium.be/fr/les-cpas-ont-directement-acc%C3%A8s-aux-informations-concernant-les-allocations-de-ch%C3%B4mage>

273 SPP Intégration Sociale (2012). *Les pièces justificatives dans le cadre de la Loi du 02/04/1965 et de l'Arrêté Ministériel du 30/01/1995*, Document d'information.

que l'usager prend et des interventions qu'il doit subir représente une atteinte à la vie privée du bénéficiaire.

Les CPAS ont aussi des possibilités d'établir des conventions médicales avec les prestataires de soins et de médicaments. Il s'agit d'un cadre convenu entre le CPAS et des prestataires de soins établis sur son territoire (ou au-delà) pour mener une politique d'accès aux soins de santé et de remboursement des frais de soins. Une convention peut par exemple résoudre le problème de la première consultation, formaliser l'implication des soignants et la collaboration avec eux et permettre au CPAS d'orienter la consommation médicale des personnes aidées (par exemple, prescrire uniquement des médicaments génériques, utiliser un dossier médical global, etc). L'établissement de conventions par les CPAS avec un réseau de prestataires dispensant une offre de soins suffisamment étendue (éventuellement au-delà du territoire communal) et à des tarifs conventionnés est important pour les patients. A nouveau, la liberté du patient de choisir un certain médecin, un pharmacien ou un certain hôpital est limitée par les choix réalisés par le CPAS de collaborer avec des prestataires de soins bien déterminés. Certains participants à la concertation pensent que les patients et les prestataires de soin (même au-delà du territoire communal) devraient en outre pouvoir proposer au CPAS la signature d'une convention afin d'assurer la continuité des soins et le maintien de la relation de confiance entre le patient et son prestataire de soins habituel. D'autres soulignent que les CPAS pourraient davantage chercher à établir des conventions avec des hôpitaux privés, ce qui permettrait d'élargir le choix du patient.

Une étude²⁷⁴ révèle qu'en 2009, 25 % des 380 CPAS interrogés utilisaient la carte médicale, principalement pour le remboursement de frais de médicaments et de visites chez le médecin généraliste. C'est le CPAS lui-même qui décide de l'opportunité d'utiliser une carte médicale et de l'étendue des soins couverts par celle-ci. Les modalités concrètes d'utilisation de cette carte diffèrent donc selon le contexte du CPAS (taille, moyens, public cible) et sa politique d'intervention (importance accordée à l'accessibilité aux soins de

santé). Il y a de grandes différences dans la durée de validité des cartes médicales accordées, dans les actes médicaux pris en charge, dans les données qui figurent sur la carte et dans les conditions d'attribution. Généralement, les critères d'attribution retenus sont à la fois financiers et sociaux. Globalement, ce sont surtout les bénéficiaires du revenu d'intégration qui en font usage. Les personnes ayant un revenu du travail (via un 'contrat sous article 60' par exemple) n'en bénéficient généralement pas, sauf lorsque leurs revenus sont insuffisants pour couvrir d'importants frais médicaux. Le CPAS peut également décider de critères complémentaires pour l'attribution de la carte : habiter la commune de façon permanente, sérieux et chronicité de la maladie, situation sociale particulière (dettes, enfants, etc.)²⁷⁵. Cette grande diversité de pratiques donne souvent l'impression aux demandeurs que les CPAS font preuve d'arbitraire. Elle a aussi pour conséquence que les utilisateurs qui déménagent dans une autre commune perdent parfois le bénéfice de certaines mesures pourtant indispensables.

4.3.3. Harmonisation et simplification

Parallèlement à cela, certains CPAS ont mis en place des solutions pour surmonter certains obstacles et harmoniser leurs pratiques. C'est ainsi que les 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale utilisent une même liste de produits médico-pharmaceutiques qu'ils remboursent, mais dont ils ne peuvent pas récupérer eux-mêmes le coût auprès des autorités fédérales. Cette prise en charge prévient le recours ultérieur à des soins plus coûteux. Certains CPAS en Région wallonne et en Flandre auraient choisi de rembourser également les médicaments contenus dans cette liste²⁷⁶.

Un projet a débuté au sein du SPP Intégration Sociale afin de gérer l'octroi de la carte médicale par les

274 Chaoui Mezabi, Dounia (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*, Université de Liège, à la demande du SPF Intégration Sociale. La Région wallonne a également récemment demandé au Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale d'examiner l'utilisation de la carte médicale, y compris à Bruxelles et en Flandre.

275 Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en collaboration avec l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale (2011). *Le rôle des CPAS bruxellois dans les soins de santé de leurs usagers. Une enquête portant sur les différentes interventions dans les frais médicaux et particulièrement sur l'application de la carte médicale et pharmaceutique*, Bruxelles.

276 RTBF Info (06/02/2013). *Nouvelle liste des médicaments remboursés par les CPAS bruxellois et Fédération des Associations de Médecins Généraliste de Bruxelles (F.A.M.G.B. Asbl), Commission CPAS (2006). Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles- Capitale, une utopie ? Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS, Livre blanc.*

CPAS. Le logiciel MediPrima²⁷⁷ sera à court et moyen termes utilisé par tous les CPAS et établissements de soins pour améliorer, simplifier et rationaliser le traitement de l'aide médicale. Dans une première phase, le système ne va s'appliquer qu'à l'Aide Médicale Urgente et aux factures pour soins médicaux (ambulants et résidentiels) dans les établissements de soins. Les CPAS pourront introduire leurs décisions de prise en charge médicale électroniquement et ces dernières pourront être consultées en ligne par les différents prestataires de soins. Les factures, dans le cadre de l'AMU, pourront être envoyées par voie électronique à la CAAMI, qui sera compétente pour le paiement de ces soins médicaux à la place du SPP Intégration Sociale. Dans une phase ultérieure, l'application du système MediPrima sera étendue à l'ensemble des prestataires de soins et à tous les demandeurs d'une aide médicale auprès d'un CPAS, y compris ceux qui sont assurés et pour lesquels le CPAS intervient dans le coûts médicaux. Les participants à la concertation sont positifs face à l'harmonisation des pratiques des CPAS à condition que la pratique la plus favorable aux personnes vulnérables soit la norme.

4.4. Aide Médicale Urgente

Pour les personnes sans titre de séjour légal, l'accès aux soins de santé est limité à l'Aide Médicale Urgente²⁷⁸, qui est assurée par le CPAS²⁷⁹. Le terme 'urgent' est trompeur dans la mesure où cette aide peut aussi bien être curative que préventive, de type ambulatoire ou hospitalier. Les personnes en séjour irrégulier doivent s'adresser au CPAS de la commune où elles séjournent ; elles font alors l'objet d'une enquête sociale. Lorsqu'un état de besoin est constaté et qu'une attestation d'Aide Médicale Urgente est établie par un médecin, le CPAS intervient dans les frais de santé, y compris pour un séjour et un traitement dans un hôpital psychiatrique

ou une maison de soins psychiatriques²⁸⁰. La carte médicale est ici aussi l'instrument recommandé pour faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente. Par ailleurs, ces personnes précaires peuvent aussi s'adresser à des organisations privées qui font office de relais vers le système de soins de santé et fournissent des soins à titre transitoire.

Durant la concertation, plusieurs situations dans lesquelles l'accès à l'AMU est compliqué ont été évoquées²⁸¹. Ainsi, des personnes qui résident de façon irrégulière dans notre pays mais qui vivent chez quelqu'un qui perçoit une allocation hésiteraient à faire appel à l'AMU. Elles doivent indiquer au CPAS leur lieu de résidence et craignent alors que la personne qui les héberge perde son statut d'isolé et perçoive le montant (inférieur) de l'allocation pour cohabitant. Certains participants à la concertation ont toutefois signalé une évolution positive en la matière : les CPAS considèrent la plupart du temps qu'il ne s'agit pas d'une cohabitation²⁸². De plus, certains hôpitaux auraient aussi tendance à refuser d'intervenir dans le cadre de l'AMU parce que les personnes n'ont pas de lieu de résidence où elles peuvent retourner après une hospitalisation et refusent parfois de quitter l'hôpital.

En outre, la réglementation relative aux migrations peut aussi avoir un effet négatif sur le droit d'une personne à la protection de la santé. En 2012, il a ainsi été décidé que les ressortissants de l'UE n'avaient plus droit ni à l'aide sociale ni à l'Aide Médicale Urgente, pendant les trois premiers mois de leur séjour en Belgique²⁸³.

277 Denis Feron (2013). « Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS », *CPAS Plus*, n°6-7, p. 10-15.

278 Il y a cependant des exceptions, lorsque la personne effectue un travail déclaré, qu'elle est mariée avec une personne affiliée, qu'elle n'a pas encore 25 ans et qu'elle est à charge d'une personne affiliée, qu'elle est parent d'un enfant belge, qu'elle peut revenir à une situation précédente où elle était en règle, qu'elle est un mineur non accompagné ou un étudiant dans l'enseignement supérieur.

279 Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, *Moniteur belge*, 31 décembre 1996.

280 Loi du 2 juillet 2006 modifiant l'art.1,3, al.2 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres publics d'action sociale, *Moniteur belge*, 30 juin 2006.

281 Voir également : Samenlevingsopbouw Brussel, Dokters van de wereld, Pigment vzw, Medimmigrant, Stadslabo, Jes (2012). *Memorandum. Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Waar knelt het schoentje?*

282 Voir à ce sujet l'arrêt de la Cour constitutionnelle : C.C., 10 novembre 2011, n°176/2011.

283 Article 57quinquies de la loi sur les CPAS du 17 février 2012, mis en œuvre le 27 février 2012 ; Circulaire du 28 mars 2012 relative au citoyen de l'UE et aux membres de sa famille : modifications des conditions d'ouverture du droit à l'aide sociale, *Moniteur belge*, 17 avril 2012.

Recommandations

1. Accorder la priorité à une politique de santé cohérente et intégrée dans tous les domaines politiques

Afin de rendre effectif le droit à la protection de la santé pour tous et réduire les inégalités sociales en matière de santé, il est nécessaire de mener une politique de santé qui influe sur tous les déterminants de la santé (emploi, logement, enseignement, participation sociale...) en collaboration avec les politiques concernées aux différents niveaux de pouvoir (« *health in all policies* »).

2. Élaborer une offre de soins suffisante, intégrée, accessible et adaptée

L'état de santé des personnes vivant dans la pauvreté est souvent lié à leurs conditions de vie. Elles ont souvent difficilement accès à l'offre de soins classique qui est de plus en plus segmentée et ne tient pas compte de la personne et de la situation dans son ensemble. La concertation préconise par conséquent :

- un renforcement de l'offre accessible de soins de première ligne de qualité, tant curatifs que préventifs ;
- des soins de santé psychique accessibles et de qualité ;
- des informations, une aide et un accompagnement plus proactifs des personnes vivant dans la pauvreté ;
- une plus grande coopération entre les différents prestataires de soins concernés, travailleurs des secteurs apparentés, accompagnateurs et assistants sociaux.

3. Garantir l'accès à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

3.1. Garantir que les personnes pauvres soient informées de leurs droits et y aient accès

En Belgique, toute personne inscrite au Registre national a accès à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Différentes corrections sociales ont été apportées à cette assurance pour que les personnes en situation socioéconomique précaire puissent, elles

aussi, payer les soins de santé. Toutefois, le nombre de statuts ainsi créés, la complexité qui en découle en termes de conditions et d'avantages, peuvent mener au non-recours. Il est donc primordial de maximaliser l'application des mesures existantes :

- en continuant à travailler en vue de l'octroi automatique des droits ;
- en renforçant les efforts actuels des mutualités, des acteurs sociaux, des personnes pauvres, etc., pour informer les personnes précarisées sur le droit à la protection de la santé et l'offre de soins. Des moyens supplémentaires sont nécessaires pour que ces informations puissent aussi prendre la forme de conseils, d'un accompagnement, d'un suivi afin que l'information mène concrètement à une amélioration de l'accès aux soins de santé ;
- en intégrant dans la Charte de l'assuré social que c'est ensemble que tous les services de protection sociale ont l'obligation d'entreprendre toutes les actions nécessaires pour que chacun, et en particulier les personnes défavorisées, puisse obtenir ce à quoi il a droit.

3.2. Simplifier la procédure de régularisation et de réinscription auprès de l'organisme d'assurance

Afin de pouvoir bénéficier de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il est indispensable de s'inscrire auprès d'un organisme assureur. Lorsqu'une personne n'est pas en ordre de cotisations sociales, cette inscription – et par conséquent l'assurance – est compromise. Il peut alors s'ensuivre une procédure de régularisation (irrégularité de moins de deux ans) ou de réinscription (irrégularité de plus de deux ans). Cette procédure de régularisation est administrativement très complexe et la réinscription implique une période de stage de six mois pendant laquelle la personne n'est pas assurée. Les personnes en situation de précarité sont toutefois exemptées de cette période de stage. Les participants à la concertation se demandent si une procédure aussi complexe doit perdurer quand il est, en principe, possible de régulariser l'inscription de toute personne inscrite au Registre national. Ils préconisent une simplification de cette procédure et une application similaire par tous les CPAS et les mutualités.

4. Garantir des soins de santé abordables

Il existe différentes corrections visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé. Les participants à la concertation préconisent de veiller à la cohérence des différentes mesures et d'en renforcer certaines. Ils estiment par ailleurs qu'il faut éviter un système de soins de santé à deux vitesses, où une assurance privée complémentaire s'avère nécessaire pour pouvoir payer des soins de santé essentiels.

4.1 *Transmettre aux patients, en permanence et à temps, des informations précises, claires et compréhensibles sur le coût réel des soins de santé*

Malgré les informations disponibles sur les consultations chez le médecin, sur les prestataires de soins conventionnés ou non, sur les simulations des coûts d'hospitalisation, etc., il reste difficile pour les personnes pauvres d'estimer combien leur coûtera un traitement médical donné, médicaments, traitement post-opératoire, etc., inclus. Il est important qu'elles soient informées correctement, clairement et aussi à l'avance que possible et qu'elles soient accompagnées tout au long de leur parcours pour trouver une solution qui leur permette de payer ces soins.

4.2. *Élargir l'application du système du tiers payant*

À partir du 1^{er} janvier 2015, le système du tiers payant social s'appliquera obligatoirement chez les médecins généralistes pour toutes les personnes ayant droit à une intervention majorée ou au statut de malade chronique. Il est souhaitable de généraliser dans un premier temps le système du tiers payant à tous les patients chez le médecin généraliste et, à plus long terme, de l'élargir à toutes les prestations de soins de première (et de deuxième) ligne.

4.3. *Mieux faire connaître et développer les soins de santé forfaitaires*

Les participants à la concertation sont favorables à l'approche préventive, multidisciplinaire et abordable des maisons médicales mais ils déplorent l'insuffisance de l'offre. Pour les personnes pauvres, ces maisons médi-

cales constituent une alternative à part entière à l'offre de soins classique, qui doit être mieux soutenue.

4.4. *Élargir la couverture de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*

L'assurance obligatoire garantit le remboursement des prestations médicales (médicaments et consultations) figurant dans la nomenclature. Les participants à la concertation souhaitent élargir la couverture de l'assurance aux prestations encore trop souvent considérées comme des traitements de confort et à la psychothérapie. Les coûts liés aux implants/prothèses non remboursables posent également problème pour les familles pauvres.

5. Augmenter le caractère protecteur des indemnités d'incapacité de travail

Les indemnités d'incapacité de travail ont pour but de compenser la perte de salaire en cas de maladie des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Toutefois, ces indemnités n'ont pas suivi l'évolution des salaires. De plus, elles ne suffisent pas à faire face aux frais de soins de santé plus élevés qu'entraîne une incapacité de travail.

5.1. *Augmenter le montant des indemnités d'incapacité de travail*

Les indemnités doivent au moins être liées à l'évolution de l'index. Les participants à la concertation pensent également qu'il faut trouver des manières, lors du calcul du revenu disponible, de tenir compte des dépenses de soins de santé nécessaires et structurelles qui pèsent lourdement dans le budget des personnes en incapacité de travail.

La personne qui perd le statut d'invalidé perd souvent aussi les avantages sociaux liés à ce statut. Les participants recommandent de prolonger pendant un certain temps ces avantages après la perte du statut.

5.2. Clarifier et améliorer la position des personnes en incapacité de travail par rapport au marché du travail

- L'incapacité de travail est définie et évaluée différemment par l'INAMI, l'ONEm ou le SPF Sécurité Sociale. En raison des différences entre ces statuts, il se peut que des personnes passent à travers les mailles du filet, qui a précisément pour but de les protéger. Les récents accords de coopération entre les différentes instances compétentes devraient éviter ce problème. Il est souhaitable que la mise en œuvre et l'impact de cette coopération dans la pratique fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation.
- Lorsqu'une personne est reconnue en incapacité de travail, elle doit complètement arrêter le travail. En cas d'incapacité de travail de longue durée, le terme 'invalidité' évoque une situation permanente. Le système de mise à l'emploi progressive aide à combattre cette perception. Il est souhaitable, selon le groupe de concertation, que cette mesure soit mieux explicitée auprès des médecins-conseils et des employeurs et que son application soit encouragée.
- Concernant le récent plan 'Back to work', la concertation est d'avis que le caractère volontaire doit l'emporter sur la logique de l'activation. Par ailleurs, il faut créer davantage d'emplois adaptés aux personnes connaissant des problèmes de santé. Il faut également instaurer plus de flexibilité dans les entreprises et au sein de la réglementation, afin de pouvoir réagir aux changements dans la situation de santé.

6. Augmenter l'efficacité des allocations aux personnes handicapées

6.1. Augmenter le montant des allocations aux personnes handicapées

Les allocations aux personnes handicapées doivent être de nature à prévenir tout d'abord que des personnes handicapées ne tombent dans une situation de pauvreté et de précarité et, également, à couvrir les coûts supplémentaires liés au handicap. L'allocation d'intégration – qui doit compenser les surcoûts d'un handicap – devrait donc être établie en fonction du handicap et indépendamment du revenu (et ne doit donc plus être associée au revenu propre de la personne ou d'un tiers).

6.2. Ouvrir le régime des allocations aux personnes handicapées dès 18 ans

L'octroi des allocations de remplacement de revenu et d'intégration dès 18 ans (au lieu de 21 ans) devrait permettre d'aider financièrement les jeunes adultes en situation de transition.

6.3. Poursuivre la simplification et l'automatisation des procédures de reconnaissance du statut de personne handicapée

La collaboration entre les différents services et instances doit être organisée de telle manière que le dossier du demandeur arrive toujours à bon port, sans que ce dernier ne doive en prendre lui-même l'initiative et sans que les allocations ne soient interrompues.

6.4. Renforcer les possibilités de travailler des personnes handicapées

Le programme 'Back to work' devrait être élargi au groupe des personnes handicapées, afin d'améliorer leur accompagnement vers l'emploi. Cela nécessite une flexibilité suffisante pour permettre de combiner une allocation et un revenu de travail.

7. Lutter contre l'exclusion des soins de santé par le biais de l'aide sociale

7.1. Stimuler et améliorer la coopération entre les CPAS, les mutualités et le SPF Sécurité Sociale

Les CPAS ont pour mission d'assister les demandeurs d'aide dans leurs démarches pour faire valoir leurs droits. La concertation souhaite que les CPAS collaborent davantage avec les mutualités pour mettre le bénéficiaire en ordre d'inscription à la mutualité, et qu'ils collaborent avec le SPF Sécurité Sociale pour établir un dossier qui soit une base solide pour offrir une réelle chance d'approbation de la demande d'allocation faite par une personne handicapée.

7.2. Harmoniser et simplifier les pratiques des CPAS

Les CPAS décident de manière autonome s'ils interviennent (et dans quelle mesure) dans le paiement des frais de soins de santé des bénéficiaires, en se référant au critère légal de 'vie

conforme à la dignité humaine'. Si cette autonomie leur permet d'adapter leur gestion au public de bénéficiaires de leur propre terrain, elle génère des pratiques divergentes qui peuvent renforcer l'insécurité juridique. Pour cette raison, les participants à la concertation plaident pour que les CPAS harmonisent leurs pratiques et interviennent de manière suffisante dans les frais de soins de santé. L'utilisation de la carte médicale et de la convention médicale semble un instrument approprié. De même, le projet d'informatisation Mediprima peut y contribuer et dans cette optique, il y a lieu d'en faire le suivi et l'évaluation.

7.3. Harmoniser et simplifier les pratiques de l'Aide Médicale Urgente

Les personnes qui résident dans le pays de manière irrégulière peuvent faire appel à l'Aide Médicale Urgente. A nouveau, l'autonomie des CPAS en la matière est importante. Il est primordial de mieux harmoniser et de simplifier les pratiques existantes.

Liste des participants

Groupe de concertation

- Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Landsbond Christelijke Mutualiteit
- ATD Quart Monde / ATD Vierde Wereld
- AVCB - Section CPAS / VSGB - Afdeling OCMW
- Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) / Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering (HZIV)
- CAW Oost-Vlaanderen
- Collectif des Femmes de Louvain-la-Neuve
- Collectif Solidarité Contre l'Exclusion
- De Fakkel
- Fédération des Centres de Services Sociaux
- Fédération Wallonne des Assistants Sociaux de CPAS (FéWASC)
- FGTB / ABVV
- Gezinsbond
- Infirmiers de Rue asbl / Straatverplegers vzw
- Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes / Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen
- Invaliditeitsverzekering (HZIV)
- KAAP (Armoedewerking CM Oostende)
- Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)
- Luttes Solidarités Travail
- Maison médicale Vieux Molenbeek
- Médecins du Monde / Dokters van de wereld
- Nederlandstalige Vrouwenraad
- Netwerk tegen Armoede
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad
- Relais Santé - CPAS de Liège
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- Riso Vlaams-Brabant
- Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique (SMES-B)
- SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées / FOD Sociale Zekerheid, DG Personen met een handicap
- Union Nationale des Mutualités Socialistes / Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Vlaams Patiëntenplatform
- Vlaamse Ouderenraad

Récit de vie 4

Recueilli le 12 décembre 2012

Une femme d'une quarantaine d'années vit avec sa mère. Elles louent sur le marché privé. Toutes deux sont confrontées à des problèmes de santé. Elles vivent d'une indemnité d'invalidité et d'une pension.

Son père était enseignant, sa mère, institutrice maternelle. La famille vivait bien jusqu'à ce que le père commence à avoir des problèmes de cœur. À son décès, la mère a fait une dépression et a été mise au repos. Pour raisons financières, la fille et la mère ont dû déménager plusieurs fois. Elles louent maintenant sur le marché privé et ont un accord avec le propriétaire pour payer la garantie locative par tranches.

Elle a fait un graduat mais n'a pas rendu de travail de fin d'étude en raison de son état de santé. Elle a ensuite suivi un projet 'GOP' (une formation professionnelle intégrée pour les personnes ayant un handicap de travail) mais, après sept mois, elle a été déclarée en état d'incapacité de travail. *« Financièrement, c'est une charge énorme, car je ne peux pas travailler. Je le voudrais bien, mais ce n'est simplement pas possible. »* Depuis, elle reçoit une indemnité d'invalidité de la mutuelle. Elle a demandé en vain le statut de personne handicapée. *« J'ai bien entendu également demandé ce statut et ils m'ont dit : 'allez chercher du travail. Vous avez encore une tête bien faite sur les épaules, allez donc chercher du travail'. »* Pour éviter de tomber dans l'isolement social, elle fait du bénévolat au sein d'un foyer socio-éducatif.

Sa santé se dégrade de plus en plus, de même que celle de sa mère (diabète, dépression, démence...). A cause de factures impayées d'hospitalisation, de soins à domicile, d'ambulance... , elles s'endettent et se retrouvent en médiation de dettes. Depuis six mois, elle n'a plus payé le pharmacien. *« Et je fais vraiment de mon mieux pour tout payer, mais à un moment donné, l'argent finit tout de même par manquer. »* Elle s'interdit des soins nécessaires parce qu'ils sont impayables. *« Mais actuellement, nous connaissons d'énormes difficultés. À tel point que je n'ai plus pu me rendre chez mon spécialiste ces derniers mois. Cela coûte 74 euros par consultation. Je ne peux tout simplement pas le payer. »*

Mère et fille sont considérées comme cohabitantes et n'ont pas droit au statut OMNIO parce que leurs revenus cumulés sont trop élevés. Sa mère a en effet la chance de percevoir une bonne pension. Pour cette même raison, elles n'entrent pas non plus en considération pour un logement social et le CPAS n'intervient pas pour la garantie locative. Elles n'ont pas non plus droit au tarif social ou à une allocation de loyer. Elles ont pourtant des frais médicaux élevés qu'elles ont du mal à payer. *« Mais nous restons sur la touche partout et en effet, si nous comptons tout ensemble et si nous n'avions pas de problèmes de santé, nous pourrions bien nous en tirer. Nous ne serions alors pas confrontées à la pauvreté et nous n'en serions pas là. Mais si je vous dis maintenant ce que j'ai dans mon portemonnaie, c'est 5 euros, pour tenir jusqu'à la fin du mois. C'est quand même bien problématique et on en arrive là... OK, il peut y avoir une part de laisser-aller, mais si vous n'y êtes vraiment pour rien, si cela dépend de votre santé ? »*

La mère entre en considération pour le 'forfait de soins' pour maladies chroniques via la mutualité. En la matière, la mutualité a constitué une aide précieuse. Elle entre peut-être aussi en considération pour un 'forfait incontinence', mais le (début du) problème doit alors être constaté par un médecin et cela coûte de l'argent. *« Vous devez alors revoir tous ces docteurs. Tout cela coûte de l'argent, car il faut toujours avancer 25 euros. La semaine dernière, je n'avais plus rien. J'ai été demander à la banque si je pouvais passer en négatif brièvement pour acheter à manger, mais ce n'était pas permis. »*

IV. PROTECTION SOCIALE POUR LES PENSIONNÉS ET FUTURS PENSIONNÉS

Les pensions de retraite et de survie sont essentielles pour la protection minimum et le maintien du niveau de vie des personnes âgées. De nombreux pensionnés vivent cependant dans la pauvreté. Ces dernières années, on parle des pensions surtout en fonction de l'évolution démographique – en particulier le vieillissement de la population – et du financement des pensions, considéré comme problématique. L'âge légal et effectif de la pension est également à l'ordre du jour. La situation des personnes qui vivent dans des conditions socioéconomiques difficiles est par contre peu présente dans ces débats ; c'est elle qui est au centre de ce chapitre. Quel est l'impact de la réforme des pensions et en particulier des périodes assimilées sur la pauvreté ? Quel est l'impact de la tendance à faire travailler plus longtemps les personnes quand on sait que l'usure prématurée est une des caractéristiques de la pauvreté ? Que signifie le développement d'un deuxième et troisième pilier pour les personnes pauvres ? Et beaucoup d'autres questions encore...

Introduction

Les pensions de retraite et de survie constituent une branche importante de la sécurité sociale et sont, à ce titre, essentielles pour la protection minimum des pensionnés et le maintien de leur niveau de vie. Un groupe de concertation du Service a traité de ces questions.

Dès le démarrage des travaux, les participants ont voulu insister sur le fait que les revenus procurés par les pensions ne constituent qu'un élément, même s'il est fondamental, de la sécurité d'existence et du maintien du bien-être des personnes âgées. Le logement (aussi bien le coût que la qualité de celui-ci), les soins de santé, la prise en charge des personnes âgées, la mobilité, la culture... en sont d'autres qui jouent un rôle majeur. Le contexte et le calendrier dans lesquels s'inscrit cette concertation n'ont pas permis d'analyser en profondeur tous ces sujets. Mais le Service a déjà travaillé sur un certain nombre d'entre eux dans le passé. Ces réflexions sont consultables dans les Rapports bisannuels précédents du Service.

Notons que ce sont les régimes de pensions des travailleurs salariés et dans une moindre mesure, des indé-

pendants qui ont retenu l'attention du groupe de concertation.

Dans ce chapitre, nous donnons d'abord un aperçu de la problématique de la pauvreté chez les personnes âgées, d'une part sur la base des indicateurs existants et d'autre part au regard du parcours de vie.

Nous examinons ensuite les régimes de pensions. Depuis des années déjà, le vieillissement est mis en avant comme un défi important. Nous évoquons le débat sur le financement des pensions, la politique menée – sur le plan européen et en Belgique – et enfin la stratégie tendant à ce que les personnes travaillent durant davantage d'années. Après cela, nous abordons les trois piliers de pensions.

Nous examinons ensuite le volet 'assistance sociale', à savoir la garantie de revenus aux personnes âgées. En guise de conclusion, nous présentons des recommandations.

1. Pauvreté chez les personnes âgées

1.1. La pauvreté des personnes âgées selon les indicateurs de pauvreté

Pour avoir un aperçu de la problématique de la pauvreté chez les personnes âgées, nous commençons par examiner le risque de pauvreté qu'elles encourent²⁸⁴.

284 Le critère appliqué pour mesurer le risque de pauvreté est le seuil de 60 % du revenu net médian équivalent. La possession d'une habitation n'y est pas prise en compte. Lorsque le revenu net total d'un ménage se situe en-dessous de ce seuil, on parle d'un risque de pauvreté. Selon les données d'EU-SILC 2011 (une enquête annuelle sur les revenus et les conditions de vie et un instrument important pour dresser un état de la situation de la pauvreté et de l'exclusion sociale tant en Belgique que sur le plan européen), 15,3 % de la population belge appartient au groupe courant un risque accru de pauvreté. Concrètement, cela signifie que 15,3 % de la population vit dans un ménage ne disposant pas d'un revenu de 12.005 euros net par an, soit 1000 euros net par mois pour un isolé, ou de 25.209 euros net par an ou 2.101 euros net par mois pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants (source : SPF Économie – DGSIE : EU-SILC 2011).

Le risque de pauvreté parmi les personnes âgées (65+) donne une image de la situation financière de cette tranche d'âge. En 2010, le risque de pauvreté parmi les personnes âgées était de 20,2 % (20,1 % pour les hommes, 20,3 % pour les femmes). Le risque de pauvreté parmi les pensionnés, y compris ceux qui ont pris leur prépension, est bien sûr aussi intéressant pour notre propos. Il était de 17,3 % en 2010²⁸⁵. Depuis un certain temps déjà, plusieurs organisations attirent l'attention sur le fait que le risque de pauvreté des personnes âgées et les pensionnés est supérieur à celui de l'ensemble de la population belge (15,3 % en 2010). Les CPAS aussi rencontrent de plus en plus

285 http://www.luttepauvrete.be/chiffres_personnes_agees.htm, tableau 14a (Source : SPF Économie – DGSIE : EU-SILC 2005-2011) et http://www.luttepauvrete.be/chiffres_nombre_pauvres.htm, tableau 1d.

souvent cette réalité, il est vrai aussi grâce à leur attitude de plus en plus pro-active dans le dépistage des personnes âgées vulnérables.

Le pourcentage élevé de risque de pauvreté peut cependant être nuancé parce que le fait d'être ou non propriétaire d'un logement n'est pas pris en considération dans le calcul du revenu. Nombre de personnes âgées sont propriétaires de leur logement. Au moment où elles atteignent l'âge de la pension, elles ont la plupart du temps fini de rembourser leur emprunt hypothécaire. Si on prend en compte le fait de posséder un logement, le risque de pauvreté des personnes âgées (11,3 %) se situe en dessous du pourcentage du reste de la population (13,6 %)²⁸⁶. La propriété n'est toutefois pas toujours une garantie contre la pauvreté. Des recherches ont montré que les personnes âgées socialement fragilisées vivent souvent dans des logements inadaptés (mauvaise isolation, moindre confort, etc.), et ne disposent pas des moyens, de la force ou du réseau social pour y apporter les réparations nécessaires.

Lorsque nous analysons l'intensité du risque de pauvreté, nous observons qu'en termes de revenu, la situation des personnes âgées qui encourent un risque de pauvreté est moins précaire que celle du groupe de population âgé de 16 à 64 ans se trouvant sous le seuil de risque de pauvreté. Le revenu médian des personnes âgées encourant un risque de pauvreté (13 % sous le seuil de pauvreté) est supérieur à celui de la population plus jeune (20 % sous le seuil de pauvreté)²⁸⁷. D'autres indicateurs de pauvreté confirment cela. Au sein de la population présentant un risque de pauvreté, les personnes âgées disent ressentir moins de 'déprivation matérielle grave'²⁸⁸ que les ménages plus jeunes. De même, toujours parmi les personnes présentant un risque de pauvreté, selon l'indicateur subjectif de la pauvreté – les répondants EU-SILC indiquent s'il leur est difficile ou très difficile de joindre les deux bouts – le score est plus bas chez les plus de 65 ans que chez les plus jeunes.

286 Comité d'Etude sur le Vieillessement (2013). *Rapport annuel*, s.l., Conseil supérieur des Finances, p. 47. Source : SPF Economie - DGSIE, EU-SILC 2011 (revenu 2010).

287 *Ibid.*, p. 43 et p. 47-48. Source : SPF Economie - DGSIE, EU-SILC 2004-2011 (années de revenus 2003-2010).

288 Le taux de privation matérielle grave est un des 3 indicateurs utilisés pour mesurer la pauvreté dans le cadre de la politique européenne. Il décrit la situation des personnes qui ne peuvent acquérir des biens ou des services qui sont considérés comme essentiels pour vivre.

D'un autre côté, les chiffres peuvent aussi être sous-évalués. Ils se basent sur l'enquête EU-SILC. Les personnes qui résident en maison de repos et de soins ne sont pas reprises dans l'échantillon constitué pour cette enquête. Bien que le concept de risque de pauvreté soit difficilement applicable dans le contexte d'une maison de repos et de soins, il se pourrait que les chiffres EU-SILC soient sous-estimés. Une étude sur la base des données de la *Datawarehouse* Emploi et Protection sociale (Banque carrefour Sécurité sociale) indique que les pensionnés qui sont dans une institution ont un revenu équivalent moindre que les pensionnés du même âge qui vivent dans un ménage privé (la différence, chez les plus de 85 ans, qui forment la majorité, est minime, il est vrai). Le pourcentage de personnes âgées dans des institutions qui perçoivent la GRAPA ou le RGPA (ancienne GRAPA : revenu garanti aux personnes âgées) – une indication de la proportion de personnes qui ont de bas revenus – est beaucoup plus haut que chez les personnes qui ne sont pas dans une institution, à savoir 15,7 % contre 5,3 % (il se pourrait naturellement que le premier groupe reçoive plus d'aide pour faire valoir ces droits)²⁸⁹.

Les personnes âgées doivent souvent faire face à des frais de soins de santé plus élevés et des frais supplémentaires pour l'aide à domicile ou d'autres aides. Cela peut avoir un grand impact sur le budget. Dans les budgets de référence, ces soins aux personnes âgées sont pris en compte : un montant supplémentaire de 140 euros est prévu pour les personnes qui ont de tels frais médicaux et d'aide à domicile²⁹⁰.

La pauvreté chez les personnes âgées est un phénomène multiforme et touche les différents groupes sociaux de manière très diverse. Des chiffres indiquent que des indépendants tombent également souvent dans la pauvreté lorsqu'ils prennent leur pension²⁹¹.

289 Peeters, Hans, Annelies Debels et Rika Verpooten (2013). *Excluding Institutionalized Elderly from Surveys: Consequences of Income and Poverty Statistics*, *Social Indicators Research*, vol. 110, n°1, p. 752-769.

290 Les 'budgets de référence pour une vie conforme à la dignité humaine' indiquent de quel revenu une famille doit disposer pour pouvoir participer, de manière digne, à la vie de la société. En partant d'une théorie générale sur les besoins humains, il est fait appel à d'autres sources d'informations (standards officiels et directives, avis d'experts et avis de familles qui ont de bas revenus) pour déterminer quels produits et services, de quelle qualité, dans quelle leur quantité et leur prix, sont nécessaires pour participer à part entière à la vie en société. Ils sont calculés par le 'Centrum voor Sociaal Beleid'. <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/indicatoren/index.php?q=content/11-belgische-armoedegrenzen-en-referentiebudgetten-2008>

291 Maes, Marjan (2010). « La pauvreté chez les personnes âgées en Belgique lors du passage de l'emploi à la retraite », *Revue belge de sécurité social*, p. 5-33.

Une analyse du risque de pauvreté chez les personnes âgées montre que durant la période allant de 2003 à 2010, le pourcentage de personnes âgées qui encourent un risque de pauvreté a évolué de 21 % en 2003, via un maximum de 23,2 % en 2005, à 20,2 % en 2010. Les auteurs soulignent que, malgré un certain nombre d'améliorations de la protection du revenu minimum garanti pour les personnes âgées, le risque de pauvreté a à peine diminué durant cette période ; on constate une diminution significative uniquement pour les isolés. L'intensité de la pauvreté, la différence entre le revenu et le seuil de pauvreté, a quant à elle, diminué²⁹². La Commission d'étude pour le vieillissement prévoit, grâce à la politique menée en matière de pensions (GRAPA, pension minimum et allongement des carrières) et à la participation d'un plus grand nombre de femmes au marché de l'emploi, qui se constituent ainsi des pensions plus élevées, encore une diminution significative du risque de pauvreté d'ici à 2060²⁹³. Des participants à la concertation posent cependant la question de savoir si une prospection à si long terme peut être confirmée, cela dépend en effet en grande partie des efforts qui seront fournis concernant la hauteur du montant des pensions les plus basses et de la GRAPA.

1.2. Parcours de vie et pauvreté

La situation des personnes âgées pauvres ne peut être considérée sans prendre en compte les conditions dans lesquelles elles ont vécu et leur parcours en termes d'emploi. Leur situation est le résultat d'un processus de déprivation cumulative accompagné d'une combinaison de conditions de travail défavorables par exemple, mais aussi de carrières incomplètes ou encore d'une mauvaise santé... Durant la concertation, il a été dit avec force qu'« *un travailleur pauvre est souvent un pensionné pauvre* »²⁹⁴.

Il est important de prendre en compte le fait que les conditions de vie difficiles auxquelles sont confrontées les personnes en situation de pauvreté et d'insécurité d'existence – stress chronique, des conséquences néfastes de l'environnement de vie, du manque de

sommeil, d'une alimentation déséquilibrée,... – peuvent faire en sorte que le corps s'affaiblit plus rapidement et que le vieillissement biologique s'accélère. C'est ce que nous appelons le processus du 'vieillessement précoce'²⁹⁵. Les professionnels de la santé sur le terrain font depuis longtemps ce constat, tout comme des médecins-inspecteurs ou médecins du travail : des personnes sont devenues incapables de travailler tout en n'ayant pas un problème de santé précis ou spécifique qui justifie cette incapacité (l'usure de l'organisme n'est pas une 'maladie' reconnue officiellement). Ces professionnels expliquent : « *on est parfois contraints à refuser une invalidité parce qu'on n'a pas les éléments précis pour la justifier alors qu'on est convaincu, et que tout employeur serait également convaincu, que cette personne n'est plus capable d'assurer un travail physique* ». Ces constats sont confirmés par la littérature scientifique²⁹⁶.

Le vieillissement précoce se retrouve dans les statistiques, sous la forme de différence d'espérance de vie. En 2001, la différence d'espérance de vie à 25 ans entre les niveaux de formation les plus hauts et les plus bas atteignait en Belgique 7,47 ans pour les hommes et 5,92 ans pour les femmes. Les écarts sont encore plus marqués quand on compare l'espérance de vie en bonne santé : en 2004, un homme de 25 ans n'ayant pas suivi de formation pouvait espérer vivre 18,58 années de moins en bonne santé que les hommes les plus qualifiés ; pour les femmes, cette différence était de 18,18 années²⁹⁷.

Les chiffres du Collectif 'Morts de la rue Bruxelles' qui recense les décès parmi les personnes qui ont vécu une partie de leur vie dans la rue constituent un autre type d'indicateurs. L'âge moyen du décès est de 46 ans à Bruxelles en 2010 (contre 48,6 en 2008).

292 Van den Bosch, Karel et Greet De Vil (2013). *De evolutie van de armoede bij ouderen nader bekeken*, Bruxelles, Bureau fédéral du Plan.

293 Comité d'étude sur le vieillissement, *op.cit.*, p. 62.

294 Les citations en italique dans le texte sans mention de la source sont des interventions de participants à la concertation.

295 Le Service de lutte contre la pauvreté a fait, avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, une présentation relative à cette problématique, dans le cadre de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre générations 2012 (www.beactive2012.be).

296 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2008). *Pauvreté et vieillissement. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008*, Bruxelles, Commission communautaire commune, p. 66 et p. 77.

297 http://www.luttepauvrete.be/chiffres_vieillessement.htm Source : Van Oyen Herman et al. (dir.), (2011). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gand, Academia Press, 2011, p. 19 et p. 33.

Bien que l'espérance de vie soit de plus en plus élevée, les différences entre les groupes socioéconomiques, les écarts entre eux ne diminuent pas. Pour les groupes les plus pauvres, l'augmentation de l'espérance de vie se fait au même rythme que la durée de vie en mauvaise santé. L'état de santé général, évalué sur la base de ce qu'en disent les personnes elles-mêmes, évolue au fur et à mesure de l'âge et se détériore plus rapidement chez les personnes qui vivent dans des conditions

difficiles. Si on utilise le niveau d'instruction comme indicateur du statut socioéconomique, il apparaît que, dans la catégorie des 45-54 ans, 14 % des personnes disposant d'un faible niveau de formation sont en mauvaise santé, contre 5 % des personnes qui ont un niveau supérieur de formation. Entre 2005 et 2011, les différences se sont encore accrues²⁹⁸.

.....
298 Source : Eurostat, EU-SILC 2011.

2. Évolutions des pensions et impact sur la pauvreté

2.1. Défi du vieillissement

2.1.1. Financement des pensions

Le vieillissement, autrement dit la proportion croissante de personnes âgées dans l'ensemble de la population, est généralement qualifié de défi majeur. Il est aussi, au même titre que la mondialisation, identifié comme le défi le plus important dans la Stratégie de Lisbonne de l'Union européenne²⁹⁹. Les causes de cette évolution démographique sont le déclin de la natalité, le départ à la retraite de la génération du *baby-boom* (la vague de naissances au lendemain de la deuxième guerre mondiale) et la poursuite de l'allongement de l'espérance de vie au cours des prochaines décennies, partiellement compensées par l'immigration³⁰⁰. En raison du vieillissement de la population, le coefficient de dépendance des personnes âgées est appelé à augmenter fortement (plus que doubler)³⁰¹ : en 2060, pour chaque personne de plus de 65 ans, il n'y aurait plus que deux personnes en âge de travailler (15-24 ans) au lieu de quatre actuellement. Combiné avec d'autres évolutions du marché de l'emploi (arrivée plus tardive des jeunes sur le marché de l'emploi et départ anticipé de travailleurs âgés), cela risque, selon l'UE, d'avoir un impact négatif sur la croissance

économique, la productivité, la protection sociale et les finances publiques. Cette évolution compromettrait la réalisation de systèmes de retraite adéquats et durables³⁰².

L'utilisation du ratio 'nombre d'actifs par personne âgée' pour analyser la problématique du vieillissement, est cependant critiquable. Selon les prévisions les plus récentes, la population belge est appelée à croître pour atteindre 12,7 millions d'habitants en 2060. La répartition des groupes d'âge de 0 à 14 ans, de 15 à 64 ans et de 65 ans et plus évoluera en effet respectivement de 17 % à 16,2 %, de 65,5 % à 58 % et de 17,6 % à 25,8 %. En chiffres absolus, le nombre de personnes âgées augmentera très fortement (d'environ 1.350.000 unités par rapport à 2012), de même que celui des moins de 15 ans (d'environ 200.000) et des personnes en âge de travailler (d'environ 150.000). Si on compare le nombre de travailleurs à celui des non-actifs, la situation future est moins dramatique que ce que le débat laisse souvent penser. En 2012, il y a 100 travailleurs pour 139,3 non-actifs (à savoir les jeunes, les non-actifs en âge de travailler et les personnes âgées), tandis qu'en 2030, selon les prévisions du Comité d'étude sur le vieillissement, cette proportion serait de 100 travailleurs pour 145,4 non-actifs. En 2060, le ratio serait de 100 pour 153,1 non-actifs. C'est 'à peine' 9,9 % de plus qu'aujourd'hui. C'est surtout dans le groupe des non-actifs qu'il y a du changement : parmi les 140 inactifs en 2012, il y avait

.....
299 http://ec.europa.eu/archives/growthandjobs_2009/pdf/lisbon_strategy_evaluation_en.pdf, p. 1.

300 Commission des Communautés Européennes (2006). *Communication de la Commission. L'avenir démographique de l'Europe, transformer un défi en opportunité*, Bruxelles, COM(2006) 571 final, p. 3-4.

301 Rapport entre le nombre de personnes de 65 ans et plus, et la population d'âge actif de 15 à 64 ans. Source : Comité d'étude sur le vieillissement, *op.cit.*, p. 22.

.....
302 Commission Européenne (2010). *Livre Vert. Vers des systèmes de retraite adéquats, viables et sûrs en Europe*, Bruxelles, COM(2010)365 final, p. 4.

41 jeunes, 57 personnes entre 15 et 64 ans et 42 seniors. En 2030, la situation serait la suivante : 145 non-actifs parmi lesquels 41 jeunes, 48,5 personnes entre 15 et 64 ans et 55 seniors. En 2060, parmi les 153 non-actifs, il y aurait 41 jeunes, 47 personnes entre 15 et 64 ans et de plus de 65 ans³⁰³.

2.1.2. Politique européenne

L'Union européenne n'a pas en tant que telle de compétence législative sur la politique en matière de pensions. Via les politiques qu'elle mène dans d'autres domaines et à travers le suivi du budget des Etats membres (dans le cadre du Pacte de stabilité et du Semestre européen), elle a cependant un poids de plus en plus grand sur les choix stratégiques que font les États membres lorsqu'ils élaborent leurs régimes de pensions.

En réponse à la problématique du vieillissement, le Conseil européen de Stockholm a arrêté en 2001 une stratégie en trois volets. Les trois objectifs consistent à : réduire rapidement la dette publique ; accroître le taux d'emploi et la productivité ; et réformer les régimes des pensions, des soins de santé et de la prise en charge de la dépendance³⁰⁴. Lors de ce Conseil, on a aussi défini une cible supplémentaire par rapport au taux d'emploi, en plus de l'objectif global de 70 % fixé à Lisbonne : porter à 50 % le taux d'emploi des travailleurs âgés (55-64 ans) en 2010. Il a ensuite été décidé, lors du Conseil européen de Laeken qui s'est tenu fin 2001, de lancer une méthode ouverte de coordination créant un cadre pour la coopération politique entre les Etats membres en matière de pension. Les objectifs centraux de cette politique sont : des pensions adéquates, qui garantissent des conditions de vie acceptables pour toutes les personnes âgées ; le maintien de systèmes de pensions viables dans le contexte du vieillissement et des pensions modernisées (des régimes davantage en prise avec les nouveaux besoins sociaux et individuels, comme une plus grande flexibilité sur le marché de l'emploi, l'égalité homme/femme...) ³⁰⁵.

En 2010, la Commission européenne a publié un Livre vert intitulé 'Vers des systèmes de retraite adéquats, viables et sûrs en Europe', qui a été suivi début 2012 par un Livre blanc. La Commission recommande de :

- adapter l'âge de la retraite à l'allongement de l'espérance de vie ;
- limiter l'accès aux systèmes de retraite anticipée et aux autres possibilités de sortie prématurée du marché du travail ;
- favoriser l'allongement de la vie professionnelle en améliorant l'accès à l'apprentissage tout au long de la vie, en adaptant les lieux de travail à une main d'œuvre plus diversifiée, en développant les possibilités d'emploi pour les travailleurs âgés et en promouvant un vieillissement actif et en bonne santé ;
- aligner l'âge de la pension légale pour les hommes et les femmes ;
- encourager le développement de systèmes complémentaires d'épargne-pension afin d'augmenter le revenu disponible des pensionnés³⁰⁶.

Dans ses recommandations par pays – en réponse au Programme national de réforme 2013 (PNR) présenté par la Belgique – le Conseil écrit ceci : « *La Belgique est confrontée à une hausse très sensible des dépenses liées au vieillissement de la population (+2,0 points de pourcentage du PIB) dès la période 2010-2020, en particulier dans les domaines des pensions et des soins de longue durée. La réforme de la sécurité sociale des personnes âgées qui a été lancée devrait avoir une incidence positive sur l'emploi dans cette catégorie d'âge. Néanmoins, d'après les prévisions, la Belgique manquera l'objectif qu'elle s'est fixé dans ce domaine pour 2020. Etant donné l'ampleur du défi, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour combler l'écart entre l'âge légal et l'âge effectif de départ à la retraite. Des mesures visant à lier l'âge légal de la retraite à l'évolution de l'espérance de vie permettraient de préserver la viabilité à long terme du système de retraite.* » ³⁰⁷

Au point 2.1.4, nous confronterons ces recommandations politiques à la réalité des personnes vivant dans la pauvreté et la précarité.

303 Selon la méthode de calcul utilisée par Gilbert De Swert dans De Swert, Gilbert (2011). *Het pensioenspoek*, Berchem, EPO, p. 16-31.), actualisation grâce aux chiffres extraits du rapport de juillet 2013 de la Commission d'études sur le vieillissement.

304 Commission Européenne (2010), *op.cit.*, p. 5.

305 Commission des Communautés Européennes (2001). *Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions. Une approche intégrée au service des stratégies nationales visant à garantir des pensions sûres et viables*, Bruxelles, COM(2001) 362 final, p. 4-9.

306 Commission Européenne (2012). *Livre Blanc. Une stratégie pour des retraites adéquates, sûres et viables*, Bruxelles, COM(2012) 55 final, p. 10.

307 Commission Européenne (2013). *Recommandation du Conseil concernant le programme national de réforme de la Belgique pour 2013 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la Belgique pour la période 2012-2016*, Bruxelles, COM(2013) 351 final, p.4.

2.1.3. Politique belge

En Belgique, le Comité d'étude sur le vieillissement établit des prévisions depuis 2002. Dans le dernier rapport du Comité d'étude, qui date de juillet 2013, on prévoit que la part de toutes les dépenses sociales dans le Produit Intérieur Brut (PIB) brut passera de 25,8 % du PIB en 2012 à 31,2 % en 2060. Les coûts budgétaires du vieillissement représenteraient 5,4 % du PIB pour la période 2012-2060. Les dépenses pour les pensions et les soins de santé augmentent respectivement de 4,5 % et de 2,6 % du PIB entre 2012 et 2060, tandis que les autres dépenses sociales diminuent de 1,7 % du PIB sur cette même période³⁰⁸. Les commentaires qui accompagnent ces chiffres pointent toutefois la faisabilité financière des efforts annuels nécessaires, aussi dans la perspective d'un PIB toujours croissant.

Notamment sous l'influence de ce débat sur les défis posés par le vieillissement et en réponse aux questions venant de l'UE, la Belgique s'est efforcée ces dernières années d'augmenter le taux d'emploi des personnes âgées³⁰⁹, de renforcer le deuxième pilier des pensions (cf. infra) et à donner plus de poids aux périodes de travail dans le calcul de la pension par rapport aux périodes d'inactivité.

Dans le cadre du Pacte des Générations, plusieurs mesures ont été prises en 2005 pour mettre davantage de personnes au travail et pour encourager à travailler plus longtemps. Un bonus de pension a notamment été créé, qui, tout comme le complément pour âge dans le secteur public, doit inciter les travailleurs à ne pas prendre une pension anticipée.

Le Gouvernement fédéral actuel a renforcé cette ligne politique et a prévu de porter le taux d'emploi des personnes de 55 à 64 ans à 50 % en 2020³¹⁰, entre autres grâce aux mesures suivantes³¹¹ :

- de nouvelles mesures ont été prises pour limiter les possibilités de prendre sa pension de manière anticipée : l'âge minimum de la pension anticipée est relevé à partir de 2013, de 6 mois par an jusqu'en

2016 afin de porter celui-ci à 62 ans et la condition de carrière minimale est portée à 40 ans d'ici 2015. Il y a une exception pour les carrières longues ;

- la réglementation en matière du bonus de pension et du complément pour âge dans le secteur public est revue : le bonus de pension est d'application à partir du 1^{er} janvier 2014 pour les trois régimes et devient alors forfaitaire et évolutif (un montant fixe qui varie en fonction du nombre d'années de travail après le moment où le droit à la pension anticipée est ouvert). Le droit au bonus de pension ne pourra être constitué au plus tôt qu'un an après que l'on ait satisfait aux conditions d'accès à la pension anticipée.

Par ailleurs, les citoyens sont encouragés à travailler au-delà de l'âge légal de la pension, notamment grâce à l'extension des possibilités pour les pensionnés de continuer leur activité professionnelle.

D'autres mesures ont été prises qui ont un impact sur le calcul de la pension. La pension minimum garantie et le droit minimum par année de carrière ont été relevés. Par ailleurs, on limitera la prise en compte dans le calcul de la pension de certaines périodes assimilées (par exemple le chômage de longue durée, le chômage avec complément d'entreprise, le crédit-temps fin de carrière).

Non seulement l'Europe, mais donc aussi la Belgique, misent fortement sur la prolongation des années de travail par des mesures tant contraignantes que stimulantes.

2.1.4. Travailler plus longtemps : impact pour les personnes pauvres

En termes d'efficacité de la lutte contre la pauvreté, il est nécessaire de s'interroger sur la piste de l'allongement de la carrière comme solution à la problématique du vieillissement. Les questions portent essentiellement sur la situation du marché de l'emploi et l'état de santé des personnes en situation de pauvreté (ce deuxième point a été évoqué plus haut).

Celles-ci ont moins de chances de trouver un emploi et, quand elles travaillent, les emplois qu'elles trouvent sont souvent de moins bonne qualité ou offrent de mauvaises conditions de travail. Les personnes pauvres ont pour la plupart connu un parcours professionnel comportant des périodes plus ou moins longues d'inac-

308 Comité d'étude sur le vieillissement, *op.cit.*, p. 5.

309 Le taux d'emploi des personnes âgées est la part de la population active occupée âgée de 55 à 64 ans dans la population totale de cette tranche d'âge.

310 *Programme national de réforme 2013*, 25 avril 2013, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2013_belgium_fr.pdf

311 ONP (2013). *Réforme des pensions – aperçu des adaptations du régime salarié*, <http://www.onprvp.fgov.be/fr/pension/news/pages/reformoverview.aspx>

tivité. Dans ces situations, elles ne bénéficient pas du nombre d'années suffisant pour partir à la pension de manière anticipée et ne peuvent bénéficier de la meilleure prise en compte des périodes de travail dans le calcul de la pension. Trouver un emploi à un âge plus avancé est également plus difficile pour elles que pour les autres travailleurs.

Les raisons pour lesquelles leur état de santé est moins bon sont diverses : les emplois qu'elles exercent, un chômage de longue durée, un logement de mauvaise qualité, le stress chronique auquel elles sont confrontées, une alimentation peu équilibrée (parce qu'elles manquent de moyens, parce que les campagnes de prévention dans ce domaine ne les atteignent pas assez...). Autrement dit, non seulement elles auront moins de chances de travailler plus longtemps, mais elles ne sont pas physiquement et mentalement en état de le faire. Elles sont 'usées' beaucoup plus tôt et leur capital santé se détériore nettement plus vite, un processus que l'on qualifie de vieillissement précoce. En termes scientifiques, elles ont un 'âge biologique' (l'âge des cellules) beaucoup plus élevé que leur 'âge chronologique' (selon la date de naissance). Les écarts entre l'espérance de vie de différentes catégories sociales illustrent ce phénomène (voir point 1.2).

Tant que ces écarts subsistent, le relèvement de l'âge légal de la pension aura pour effet que les revenus les plus bas pourront moins profiter de leur pension que les catégories sociales les plus aisées.

Continuer à travailler plus longtemps dans des circonstances pénibles pousse les personnes vers l'assurance obligatoire SSI. Il y a des mouvements entre les différents régimes.

Plusieurs participants à la concertation soulignent que les personnes pauvres n'ont pas le choix de travailler plus longtemps. La création d'emplois en suffisance et de qualité tant pour les chômeurs actuels que pour la population active croissante et les personnes âgées travaillant plus longtemps, semble dès lors le défi prioritaire. Ceci suppose que l'on vise en premier lieu à créer des emplois durables et des parcours durables d'emploi plutôt que de se focaliser de manière unilatérale sur le fait de travailler plus longtemps. Cela permettrait alors de diminuer les dépenses dans d'autres domaines de la sécurité sociale (comme le chômage).

2.2. Premier pilier : pensions légales

2.2.1. Montant des pensions

En 2007, un pensionné touchait une pension du premier pilier de 1.220 euros bruts par mois en moyenne. Mais différents acteurs soulignent qu'il est dangereux de se référer au montant moyen. Cette moyenne générale recèle en fait bien des variations selon le type de pension, le sexe et l'âge du pensionné. Ce sont les bénéficiaires d'une pension de retraite qui obtiennent la moyenne la plus élevée de revenu de pension avec 1.290 euros par mois. Le montant moyen est plus bas pour les autres types de pension : 1.232 euros en cas de combinaison d'une pension de retraite et d'une pension de survie, 1.018 euros pour une pension de survie. Les hommes touchent en moyenne une pension du premier pilier plus élevée que les femmes (1.444 euros et 1.037 euros respectivement). En général, les pensionnés âgés de 60 à 65 ans reçoivent mensuellement plus de 1.500 euros, alors que le groupe des pensionnés les plus anciens touche un tiers de moins avec une moyenne dépassant légèrement les 1000 euros³¹².

Les chiffres ci-dessus, de l'Atlas des pensions 2010 (montants de 2007) sont relatifs aux pensions des trois régimes (fonctionnaires, salariés et indépendants). Il y a cependant de grandes différences entre eux : une pension de retraite moyenne de 2.227 euros pour les fonctionnaires statutaires, de 1.030 euros pour les travailleurs salariés et de 569 euros pour les indépendants³¹³.

Les statistiques de l'Office national des pensions (janvier 2013) relatives aux pensions dans les régimes des travailleurs salariés et des indépendants mentionnent des montants moyens de 1.044 euros pour les pensions des travailleurs salariés et 811 euros pour les pensions des indépendants³¹⁴. Comme annoncé au début de ce chapitre, nous examinons surtout ces deux régimes.

Les différentes études statistiques illustrent toutes la grande diversité des situations des pensionnés. Au point 2.1 nous mentionnons déjà le risque de pauvreté pour les pensionnés, avec certaines nuances cepen-

312 Berghman Jos et. al. (2010). *L'atlas des pensions 2010*, Louvain, KULeuven, p. 63-64.

313 *Ibid.*, p. 67.

314 Office national des Pensions (2013). *Statistiques mensuelles des prestations sociales*, janvier 2013

dant. Pour certains groupes, l'objectif d'une protection minimum est mis en danger. La comparaison internationale montre que la Belgique, sur le plan de la protection minimum des personnes âgées – mais aussi sur le plan de la protection du niveau de vie – a un moins bon score³¹⁵.

Actuellement, il n'y a pas de revalorisation systématique des pensions du secteur des salariés au-delà de l'index. Depuis la loi sur le Pacte des générations, une enveloppe bien-être bisannuelle est prévue pour l'adaptation des allocations sociales, parmi lesquelles les pensions. Cette adaptation n'est néanmoins pas automatique : un avis commun des partenaires sociaux est obligatoire et le dernier mot est laissé au Gouvernement. Les difficiles négociations sur la répartition de l'enveloppe pour les deux prochaines années illustrent le fait que cette adaptation est loin d'être un processus structurel. Un mécanisme d'adaptation automatique ne résoudrait pas encore la question des pensions plus anciennes, qui n'ont pas été réévaluées depuis presque trente ans. Par conséquent, le Comité consultatif pour le secteur des pensions, (récemment devenu le Conseil consultatif fédéral des Aînés) demande également une augmentation concentrée sur les pensions les plus anciennes³¹⁶.

Le fait que les pensions n'ont pendant longtemps pas suivi l'évolution du bien-être et que le mode de calcul en fonction des salaires précédents (60 % pour les pensions individuelles, sur la durée complète de la carrière et non en fonction des dernières années, comme dans le système des fonctionnaires) conduit à un taux de remplacement très bas pour les pensions moyennes. Le Comité consultatif demande de faire des efforts pour atteindre un taux de remplacement de 75 % du précédent salaire³¹⁷.

La pension minimum a connu quelques augmentations ces dernières années. Dans le contexte de l'augmentation du coût des séjours en maison de repos et des soins de santé (augmentation de la quote-part personnelle et des frais d'hospitalisation), le montant est cependant encore insuffisant dans de nombreuses situations. On

peut toutefois se demander s'il revient au secteur des pensions de couvrir ces coûts.

De plus, beaucoup n'ont pas accès à une pension minimum complète à cause d'une carrière incomplète. Le nombre de femmes touchées par cette problématique est important. Nous pensons aux emplois à temps partiel, majoritairement occupés par des femmes (44,3 % des salariées travaillent en effet à temps partiel contre 9,3 % des salariés), aux périodes d'inactivité (hors périodes assimilées) liées à la répartition traditionnelle des rôles dans le ménage ou aux emplois temporaires dans lesquels les femmes sont surreprésentées par rapport aux hommes.

2.2.2. Périodes assimilées

2.2.2.1. Assimilations dans le régime des travailleurs salariés

La question des assimilations est très complexe mais cruciale au regard de la lutte contre la pauvreté et de la répartition égale des tâches entre partenaires au sein du ménage. Ces périodes qui, bien que non-prescrites, sont considérées du point de vue du calcul des pensions comme des périodes d'activité³¹⁸.

Ces périodes assimilées tiennent lieu de cotisations au système des pensions et seront prises en compte dans le calcul du montant de la pension. Des facteurs déterminants sont bien sûr la durée admise de la période assimilée et le montant sur la base duquel la période est intégrée dans le calcul (montant lié au dernier salaire, basé sur un droit minimum...).

La durée moyenne de carrière des Belges était, en 2011, de 32,1 ans³¹⁹ (la moyenne pour l'UE était de 37,4 ans), mais la carrière nécessaire pour obtenir une pension complète est de 45 ans. Les assimilations jouent donc en Belgique un rôle considérable dans le calcul des carrières. Le poids moyen des assimi-

315 Berghman Jos et. al., *op.cit.*, p. 133.

316 Comité consultatif pour le secteur des pensions (2012). *Avis du Comité consultatif pour le secteur des pensions concernant l'exécution du pacte entre les générations et le bien-être*, 6 septembre 2012.

317 Comité consultatif pour le secteur des pensions (2010). *Avis au formateur et au futur ministre des pensions au sujet des régimes de pensions*, 11 février 2010.

318 On prend en considération une rémunération fictive pour le calcul des pensions de ces périodes. Cette rémunération est fixée par la loi pour les années avant 1968. À partir de 1968, celle-ci se rapporte à la rémunération réelle qui a été perçue l'année civile avant l'interruption de l'activité. Si, au cours de cette année, un tel salaire n'existe pas, on prend la rémunération de l'année de l'interruption de l'activité. Si cette dernière manque aussi, c'est la rémunération de l'année qui suit la cessation de l'activité professionnelle qui est prise en considération. À défaut de cette dernière, la rémunération fictive de 1967 sera retenue.

319 Chiffres d'Eurostat, <http://www.be2020.eu/data/indicators.php?IS=106&lang=fr>

tions dans le calcul des pensions varie selon le régime. Cela s'explique essentiellement du fait que les différents régimes n'autorisent pas les mêmes périodes assimilées : seuls les salariés peuvent faire assimiler les périodes de chômage et les années de travail incomplètes.

Au moins une assimilation intervient dans le calcul de la carrière de 94 % à 96 % des hommes salariés (en fonction de l'année durant laquelle la pension prend cours) et de 91 % à 93 % des femmes salariées. Chez les indépendants, le pourcentage tourne autour de 21 à 24 % pour les hommes, et 5 à 6 % chez les femmes. Le nombre d'assimilations dans une carrière est de 25,5 % en moyenne pour les travailleurs salariés et 28,9 % chez les travailleuses salariées. Dans la carrière des indépendants, le pourcentage d'assimilation est d'environ 4 % de la carrière complète. L'importance des assimilations pour atteindre une carrière complète est indéniable.

La part budgétaire des assimilations représente environ 27,3 % des dépenses de pension pour les hommes salariés, et 32,7 % pour les femmes salariées. Dans le régime des indépendants, les pourcentages sont de 3 % pour les hommes et de 0,8 % pour les femmes³²⁰.

2.2.2.2. Assimilations dans le régime des indépendants

Les assimilations jouent un rôle moindre dans le régime des indépendants.

La faiblesse des possibilités d'assimilation dans le régime des indépendants est interpellante au vu du très petit nombre de carrières complètes que l'on y retrouve : en 2012, moins de 20 % des pensions ouvertes par l'INASTI l'ont été sur la base de carrières complètes (y compris carrières mixtes) et seulement 3,3 % sur la base de carrières complètes en régime indépendant pur. En moyenne, les pensions d'indépendant ont pris cours en 2012 sur la base d'une carrière pure de 29 ans et d'une carrière mixte de 16 ans³²¹.

Outre le délai pour le début de l'assimilation maladie et l'absence de crédit-temps, les indépendants sont confrontés à un problème supplémentaire, à savoir la non-assimilation des périodes de dispense de cotisations et des périodes couvertes par l'assurance sociale en cas de faillite. Un indépendant en difficultés financières peut obtenir une dispense de cotisations sociales durant un trimestre. Il peut également obtenir une allocation suite à la faillite de son affaire, pendant maximum douze mois. L'indépendant en difficulté reçoit donc un ballon d'oxygène, mais peut-être au prix d'une mise en péril de sa sécurité d'existence au moment de partir à la pension.

L'assimilation maladie représente presque 70 % des assimilations dans le régime des indépendants. Pourtant, cette assimilation est non seulement limitée aux périodes qui dépassent trois mois d'incapacité, mais elle est également exclue dans les cas où l'activité est continuée par un tiers au nom de l'indépendant. Celui-ci devra alors continuer de payer ses cotisations, même s'il n'est plus capable de travailler et ces cotisations bénéficieront éventuellement à la personne qui le remplace. Ou il sera contraint d'interrompre son activité avec tous les risques que cela comporte pour la viabilité future de celle-ci. Cette situation affecte en particulier les agriculteurs, dont l'activité ne peut jamais être interrompue et qui ne bénéficient jamais de l'assimilation.

2.2.2.3. Réformes des assimilations

Les réformes actuelles des pensions vise à augmenter le taux d'activité de la population afin d'assurer le financement du vieillissement de celle-ci. La question des périodes assimilées est très importante à cet égard. La loi du 28 décembre 2011 a réduit l'impact d'un certain nombre de périodes assimilées.

Ce qui est particulièrement important au regard de la problématique de la pauvreté, c'est que le chômage de troisième période est désormais assimilé sur la base du droit minimum par année de carrière.

Ces modifications viennent se cumuler à celles apportées par le Pacte des générations, qui a notamment instauré un plafond plus bas pour les revenus fictifs pris en compte pour certaines périodes assimilées d'inactivité après l'âge de 58 ans (chômage, crédit-temps complet, prépension), en comparaison avec le

320 Chiffres pour l'année 2008. Source : Conférence nationale des pensions (2010). *Livre vert : Consolider l'avenir des pensions*, Bruxelles, ministre des Pensions, p. 139-147.

321 Chiffres INASTI, Service statistiques, 2013.

plafond ordinaire. La différence entre ces plafonds augmentera progressivement parce que ce plafond plus bas différencié, n'est pas lié à l'évolution du bien-être.

Le Bureau fédéral du plan³²² a réalisé une évaluation des effets de certaines mesures de la réforme selon le genre. Selon cette étude, la réforme engendrerait une augmentation du taux de pauvreté plus marquée chez les hommes que chez les femmes car elle s'attaque aux catégories dans lesquelles les hommes sont surreprésentés. Rappelons néanmoins que cette analyse ne prend en compte que certains pans de la réforme. En outre, la situation est très inégalitaire au départ. En effet, il est utile de rappeler que l'écart de pension entre hommes et femmes s'élève à 23 %. Et que 59 % des femmes et 33 % des hommes ayants droit à une pension perçoivent un montant inférieur à 1000 euros. Près de la moitié d'entre eux, 28 % des femmes et 16 % des hommes perçoivent un montant inférieur à 750 euros³²³. De manière générale, la réforme risque d'affecter la position des personnes pauvres plus durement et les mesures pourraient également avoir des effets secondaires indésirés.

L'équilibre entre régimes d'assimilation est ainsi modifié. Comme l'a prévu l'accord de Gouvernement fédéral, les réformes diminuent largement la valorisation du chômage et de la prépension dans le calcul des pensions, mais maintiennent une pleine assimilation de la maladie et de l'invalidité. Plusieurs questions se posent à cet égard. La double pénalisation du chômeur, tout d'abord, qui est pénalisé une première fois quand son allocation diminue suite à un chômage de trop longue durée, et une seconde fois au moment de la pension quand ce chômage n'est plus assimilé que sur la base du droit minimum par année de carrière.

Cette réforme de la législation sur les pensions n'a certainement pas non plus simplifié les choses. Le degré d'assimilation ainsi que le montant pris en considération peuvent varier fortement selon la situation de la personne. Les administrations des pensions reçoivent des données de tiers (l'ONEM, les employeurs) et leurs codes (au nombre de plus de 600) sont basés sur cette

information. Les erreurs au niveau de ces données et dans les procédures ne sont pas exclues et leur impact sur la situation de revenus peut être important pour les personnes concernées. Il est très difficile pour celles-ci de faire le suivi de la procédure administrative et d'en vérifier la justesse. La communication des administrations vers les citoyens, en particulier ceux qui sont dans la pauvreté et dans l'insécurité d'existence, constitue un grand défi.

2.2.3. Contexte familial : cohabitation et droits dérivés

Un grand nombre de personnes ne disposent pas de revenus propres et dépendent de la pension de leur conjoint(e).

L'individualisation des pensions signifierait que chacun se constitue ses droits à la pension. Dans une perspective d'égalité de genre, cela pourrait constituer un important pas en avant. Cela signifie la disparition des pensions au taux ménage et une réforme fondamentale de la pension de survie (ce que le Gouvernement fédéral a projeté de faire). Mais une individualisation pure et simple des droits existants, sans mesures transitoires, risque de pousser bon nombre de personnes dans la pauvreté.

Le système actuel a pour conséquence que des personnes n'ayant jamais travaillé peuvent percevoir une pension supérieure à d'autres qui ont travaillé toute leur vie, mais pour un salaire moins élevé que les conjoints des premières, ou à temps partiel. La question se pose de savoir si une meilleure valorisation (et donc un plus grand respect du principe d'assurance) des périodes de travail ne peut être atteinte que par une limitation de mécanismes tels que la pension de survie, qui améliorent les droits sociaux? Un renforcement du premier pilier ou une réforme plus en profondeur du système de pension peut éventuellement apporter une réponse à ces questions.

Plusieurs pistes d'amélioration du système sont déjà évoquées. Une piste serait de répartir les droits à la pension constitués sur les deux partenaires (l'idée du partage de la pension). La définition du couple pose toutefois problème : le mariage et la cohabitation légale sont des formes d'union bien délimitées, mais qu'en est-il des cohabitants de fait ? Une autre piste proposée est celle d'une pension de base. Il s'agirait

322 Dekkers, G. et al. (2013). *Mesures prises en 2012 dans les branches chômage et pension : évaluation des effets selon le genre*, Bruxelles, Bureau Fédéral du Plan – working paper 3 – 13.

323 Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (2012). *Femmes et hommes en Belgique. Statistiques et indicateurs de genre. Deuxième édition*, 2011, p. 71.

d'un revenu pour les pensionnés octroyé de manière inconditionnelle. En outre, chacun pourrait profiter d'un pilier d'assurance légale, dont le montant dépendrait de l'emploi pendant la carrière. Une pension de base entend attribuer à chaque personne, indépendamment de son âge, un revenu inconditionnel. Il s'agit toutefois d'une proposition qui suscite la controverse. Selon les critiques, le risque existe que le montant de base soit alors très bas.

2.2.4. *Carrières professionnelles atypiques*

Comme déjà mentionné, les personnes qui vivent dans la pauvreté ont souvent des carrières très irrégulières.

Le droit minimum par année de carrière est une mesure qui tente de prendre en compte cette problématique. Les personnes qui travaillent au moins un tiers temps et qui peuvent prouver une carrière de 15 ans au moins, en tant que travailleur salarié, peuvent voir leurs années de travail à temps partiel comptabilisées sur la base du minimum par année de carrière. Cette mesure est toutefois nettement moins favorable que l'assimilation pour les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits³²⁴. Les périodes non-prestées sont dans cette dernière hypothèse pleinement assimilées comme des périodes de chômage et pour une durée illimitée³²⁵.

Les carrières mixtes peuvent également poser problème quant à la sécurité d'existence des pensionnés. Au sein du régime des indépendants, notons aussi la situation spécifique des conjoints (ou partenaires liés par une déclaration de cohabitation légale) aidants.

2.3. Deuxième et troisième piliers

Nous avons examiné plus haut le premier pilier de pension qui peut être décrit comme la pension obligatoire gérée au niveau fédéral et financée sur une base de répartition. Le deuxième pilier consiste en un système de pensions complémentaires qui s'organisent

au niveau de l'entreprise, du secteur ou du groupe professionnel et qui se basent sur la capitalisation. Le troisième pilier, quant à lui, concerne des formes d'épargne à long terme (comme l'épargne-pension) encouragées par le pouvoir public, via la fiscalité. Pour ce qui est du deuxième et du troisième pilier – qui se construisent par capitalisation – le pouvoir public n'intervient qu'indirectement, par des incitants fiscaux et différentes formes de régulation. Le deuxième pilier diffère du troisième en ce qu'il est lié à l'emploi.

Les pensions complémentaires sont parfois présentées comme la planche de salut de notre système de pensions. La loi sur les pensions complémentaires de 2003³²⁶ veut les encourager, en offrant un cadre juridique intégré pour toutes les formes de pensions complémentaires pour travailleurs salariés. Le deuxième pilier est cependant peu important (montants et nombre de personnes qui en bénéficient) et très inégalement réparti d'une part entre les différentes classes sociales de la société et d'autre part entre les femmes et les hommes. En 2007, 35 % des salariés ayant une pension de retraite (45 % chez les hommes et 18 % chez les femmes) et 50 % des couples ayant une pension de retraite en tant que salariés, bénéficient d'une pension complémentaire. Mais seuls 5 % des 20 % de pensionnés percevant les pensions légales les plus basses sont concernés, alors que 70 % des personnes bénéficiant des pensions les plus élevées – les 20 % de pensions les plus hautes – le sont. La pension mensuelle du deuxième pilier, pour les travailleurs salariés percevant une pension de retraite, s'élevait en moyenne à 579 euros. A nouveau, on constate une grande inégalité entre les femmes et les hommes (652 euros pour les hommes et 291 euros pour les femmes) et aussi une très grande inégalité au regard du montant du premier pilier (220 euros pour les 20 % de pensions les plus basses du premier pilier et 1.007 euros pour les 20 % de pensions les plus élevées du premier pilier). On peut donc conclure que les pensionnés dont la pension légale est plus élevée ont non seulement accès plus fréquemment au deuxième pilier mais que leur pension complémentaire est aussi significativement plus élevée. Il y a donc une double inégalité, sur le plan de l'accès et du montant du deuxième pilier³²⁷. Un participant à la concertation

324 Les conditions pour être considéré comme travailleur à temps partiel avec maintien des droits se trouvent sur http://rva.be/Frames/frameset.aspx?Path=D_docu%20mentation/&Items=1&Language=FR

325 Avec une limite de 1560 jours sur leur carrière pour les travailleurs ne percevant pas d'allocation complémentaire de l'ONEM parce que la moyenne de leurs heures prestées, leur revenu mensuel brut moyen ou leur revenu mensuel net moyen dépassent certaines limites.

326 Loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale (L.P.C.), *Moniteur belge*, 15 mai 2003.

327 Berghman, Jos et al., *op.cit.*, p. 87-99.

témoigne : « *Dans notre association, il n'y a personne qui dispose d'une pension complémentaire.* »

En Belgique, les avantages d'un 'deuxième pilier' – financés avec des moyens de la collectivité – sont inégalement répartis. Ils profitent essentiellement aux groupes à revenus plus élevés. Pour les personnes qui ont une carrière mixte, ou qui ont en beaucoup de différents emplois, il y a encore un problème supplémentaire : elles risquent d'être confrontées à différentes pensions du deuxième pilier et à des difficultés administratives concernant la reconnaissance de celles-ci.

Dans l'accord de Gouvernement fédéral, les partenaires sociaux sont invités à consolider le premier pilier de pension et à examiner une généralisation d'un deuxième pilier ou d'un premier pilier bis, en priorité pour ceux qui n'ont pas accès au deuxième pilier. On peut se demander dans quelle mesure ce deuxième pilier peut procurer un revenu complémentaire à ceux qui ont peu ou pas travaillé dans des secteurs offrant

un deuxième pilier et qui perçoivent aujourd'hui une pension trop basse dans le cadre du premier pilier.

Vu que le troisième pilier – par une politique d'encouragement via la fiscalité – est constitué de formes d'épargne à long terme (comme l'épargne pension), ce sont une fois de plus les personnes à bas revenus qui en bénéficient à peine. Tant le deuxième que le troisième pilier renforcent les inégalités ; les participants à la concertation demandent avant tout que soit mieux développé le premier pilier.

En mai 2013, le Parlement européen a approuvé une résolution³²⁸ relative au livre blanc dans laquelle il critique le fait qu'aucune mention n'y est faite de la nécessité de renforcer le premier pilier.

.....
328 Parlement européen (2013). *Résolution du Parlement européen du 21 mai 2013 sur une stratégie pour des retraites adéquates, sûres et viables* (2012/2234 (INI)).

3. Assistance sociale : Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)

La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une allocation qui est attribuée à des personnes âgées qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants (au 1^{er} janvier 2013, 101.412 personnes bénéficiaient de cette allocation). Depuis 2001, elle remplace le 'revenu garanti aux personnes âgées' (le droit acquis à un revenu garanti est maintenu seulement lorsqu'il est plus avantageux que la garantie de revenu ; au 1^{er} janvier 2013, 7.316 personnes en bénéficiaient)³²⁹.

Vu que la garantie de revenu aux personnes âgées est une prestation d'assistance sociale et non de sécurité sociale, le montant dépend des besoins : elle est octroyée seulement à celui qui ne dispose pas de revenus propres ou de revenus dont le montant est plus bas que celui de la GRAPA. Pour obtenir la GRAPA, un état de tous

les revenus de la personne concernée est réalisé. Lors de cette enquête, certains revenus sont exonérés, en particulier 743,68 euros (augmentés de 123,95 euros par enfant à charge) du revenu cadastral (les revenus de biens immobiliers ne sont pris en compte que sur la base du revenu cadastral) et 6.200 euros d'épargne.

Ce calcul est perçu comme réellement inéquitable par bon nombre d'acteurs. Le revenu cadastral ne correspond pas à la réalité : d'une part, il est éloigné de la valeur locative effective d'un bien, d'autre part, il ne tient pas compte de l'état du logement ou des charges qui y sont associées. Cela peut aboutir à contraindre des personnes à vendre leur bien pour pouvoir bénéficier d'un revenu. Et les profits de cette vente, s'ils ne sont pas réinvestis dans une nouvelle habitation, seront considérés comme des revenus dans le calcul de la GRAPA. La vente du logement pourrait avoir comme conséquence que la personne qui demande la GRAPA ne reçoive qu'un montant réduit voire rien du tout.

.....
329 Office national des Pensions, *op.cit.*, p. 35 et p. 50.

Les éventuels capitaux mobiliers sont pris en considération lors de l'enquête sur les ressources, sur la base d'une rente fictive, pour déterminer si un demandeur recevra la GRAPA et quel en sera le montant. La première tranche de 6.200 euros est exonérée. La deuxième tranche, jusqu'à 18.600 euros est supposée rapporter un intérêt de 4 % et tout ce qui dépasse 18.600 euros est même considéré comme rapportant des intérêts de 10 %. Les intérêts supposés sont irréalistes aujourd'hui, certainement si l'argent est déposé sur un carnet d'épargne. C'est pourquoi certains acteurs proposent de faire concorder annuellement les intérêts fictifs avec le rendement des OLO émises à 10 ans (obligation linéaire)³³⁰.

Quelqu'un qui bénéficie de la GRAPA peut percevoir celle-ci au taux isolé (montant plus élevé) ou au taux cohabitant (taux de base). Cohabiter signifie ici partager son logement avec une ou plusieurs personnes (même si aucune d'entre elles ne dispose d'un revenu), enfants mineurs exceptés. Le chapitre concernant les lignes transversales contient une analyse des effets du statut de cohabitant.

La réforme du 14 mars 2013 prévoit qu'à partir de 2014, il ne sera plus tenu compte, lors de l'enquête sur les ressources, d'autres cohabitants, excepté en cas de cohabitation avec un partenaire par le mariage ou un cohabitant légal. Les moyens d'existence des autres cohabitants ne sont plus pris en considération et ne sont plus partagés. Mais l'octroi de la GRAPA est devenu plus strict pour les cohabitants qui ont droit à des allocations familiales. Certaines personnes sont prises en compte dans le dénominateur : les enfants mineurs ou majeurs de la personne concernée et/ou de son époux ou cohabitant légal pour lesquels des allocations familiales sont perçues, et les enfants qui sont placés dans la famille suite à une décision judiciaire. Les participants à la concertation attirent l'attention sur les risques de cette mesure : ainsi, le fait de prendre soin d'un petit-enfant peut avoir un impact sur le droit à la GRAPA de ceux-ci³³¹. Une évaluation de la mesure doit démontrer si elle aura des conséquences pour les personnes concernées.

Selon l'Atlas Pension 2010 (montants 2007), les pensionnés qui bénéficiaient d'une garantie de revenus aux personnes âgées, combinée ou non avec une autre pension, percevaient un montant mensuel moyen de 742 euros³³². Le budget standard des personnes âgées illustre que le montant dont ils ont besoin pour joindre les deux bouts est dans de nombreux cas supérieur à la GRAPA³³³. Souvent, ces personnes doivent faire face à des dépenses supplémentaires de soins de santé³³⁴. Il est important de majorer le montant de la GRAPA, dans la même mesure que la pension minimum et les pensions les plus basses. La différence de situation, en ce qui concerne les revenus – et au niveau du risque de pauvreté – entre les personnes âgées propriétaires de leur habitation et celles qui sont locataires (en particulier sur le marché locatif privé) est frappante. Il est suggéré de travailler en vue de l'amélioration de la situation de ce dernier groupe. En septembre 2013, une adaptation au bien-être de la GRAPA de 2 % est prévue.

Actuellement, lors d'une demande de pension et quand la personne a atteint l'âge de 65 ans, une enquête d'office est faite pour vérifier si la personne a droit à une garantie de revenu. Pour ceux qui sont partis à la retraite avant l'âge de 65 ans, cette vérification se fait de manière rétroactive. Cette procédure devrait être accélérée, en vue de réduire le non-recours. Un autre problème est posé par la situation dans laquelle un pensionné, lors du contrôle automatique du droit à la GRAPA, ne peut faire valoir le droit au moment où est établie la pension, alors qu'après une certaine période, par exemple à la suite d'une adaptation des montants GRAPA ou de changements dans la situation du ménage, il y a droit. Une recherche montre que la problématique du *non take-up* est réelle : cette étude s'est intéressée au groupe de personnes âgées qui, dans l'enquête EU-SILC dispose d'un revenu mesuré dont le montant se situe en-dessous de celui de la GRAPA. Les chercheurs expliquent de telles situations notamment par le fait que les concepts de revenus sont différents dans la législation relative à la GRAPA et dans

330 Voir par exemple la proposition du Gezinsbond, <http://www.gezinsbond.be/images/stories/studie/standpunt/leeflonen.pdf>

331 Welzijnszorg, Okra, Welzijnsschakels et Netwerk tegen Armoede (2013). *Inkomensgarantie voor ouderen (IGO) : enkele belangrijke stappen vooruit, maar garantie blijft uit*, 14 mars 2013, www.netwerktegenarmoede.be/onzemening/inkomen/standpunten/inkomensgarantie-voor-ouderen-igo-enkele-belangrijke-stappen-vooruit-maar-garantie-blijft-uit

332 Berghman et al., *op.cit.*, p. 64.

333 Van Thienen, L. et al. (2010). *Minibudget : Quel est le revenu nécessaire pour une vie digne en Belgique?*, Bruxelles, Recherche financée par Politique scientifique fédérale, Bruxelles, p. 2-18 ; p. 274-316 ; Montants sur : http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/indicatoren/sites/default/files/indicatoren/referentiebudgetten_belgie.xls (feuille de travail : gezinnen op bejaarde leeftijd).

334 Welzijnszorg (2012). *Armoede verjaart niet. 1 op 5 ouderen leeft in armoede*, (s.l.), Welzijnszorg.

EU-SILC, mais ils confirment aussi que le *non take-up* relatif à la GRAPA est probablement un phénomène important, malgré l'examen d'office du droit à la GRAPA qui se fait pour certaines catégories de personnes âgées³³⁵.

Recommandations

1. Mener une politique cohérente et globale

Les participants à la concertation attirent l'attention sur le fait que de mauvaises conditions d'existence pendant la période de vie active – sur le plan des revenus, du logement, de la santé, du réseau social... – sont très souvent suivies par la pauvreté et l'insécurité d'existence lorsqu'on est plus âgé. Mener une politique qui améliore les conditions de vie durant l'âge actif constitue la meilleure prévention contre la pauvreté ou l'insécurité d'existence à l'âge de la pension.

2. Renforcer le pilier de la pension légale

L'importance du pilier de pension légale a été évoquée à maintes reprises et avec force durant la concertation. Le renforcement de celui-ci est aussi la recommandation la plus développée de toutes celles relatives à la pension.

2.1. Augmenter les montants des pensions du premier pilier

Les montants moyens des pensions en Belgique sont bas en comparaison avec d'autres pays. En développant le pilier des pensions légales, ceux-ci peuvent être augmentés. Les mesures suivantes sont importantes dans cette perspective :

- lier au bien-être les pensions, y compris une augmentation ciblée des pensions de plus de 15 ans ;
- viser un ratio de remplacement des pensions plus élevé, au regard du salaire perçu ;
- augmenter le montant de la pension minimum ;
- augmenter le montant du droit minimum par année

de carrière et du plafond du montant de la pension en cas d'application du droit minimum par an.

2.2. Analyser les différences entre les trois régimes et mener un débat sur cette question.

En Belgique, les différences de montants des pensions moyennes sont très fortes dans les trois régimes (salaariés, indépendants, fonctionnaires). Ces différences méritent d'être analysées plus en profondeur et d'être débattues.

2.3. Optimiser le système des assimilations

La question des assimilations est très complexe et en même temps cruciale au regard de la lutte contre la pauvreté et de la répartition égale des tâches entre partenaires d'un ménage. Un système développé et équilibré d'assimilations doit permettre aux personnes qui ont une carrière interrompue de disposer d'une pension suffisante. Dans cette optique, les éléments suivants sont importants.

- Augmenter les possibilités en fin de carrière, avec assimilation:
 - si les possibilités de fin de carrière sont offertes le plus largement possible – totalement assimilées, sous forme de diminution du temps de travail – des possibilités d'emploi peuvent être offertes à ceux qui sont éloignés du marché de l'emploi et cela permet aussi de laisser aux personnes qui ont des problèmes de santé la possibilité de travailler plus longtemps.
- Augmenter les possibilités de congé pour des soins ou pour l'éducation, avec assimilation:
 - le plaidoyer est le même pour l'augmentation des possibilités de congé pour des soins à des proches et pour l'éducation des enfants, avec assimilation, pour permettre de cette façon aux femmes et aux hommes, de se constituer des droits à la pension durant leur carrière tout en investissant au niveau familial.
- Prendre en compte les périodes de chômage comme périodes assimilées lors du calcul de la pension légale :
 - par la diminution des périodes d'assimilation en cas de chômage, les chômeurs sont doublement pénalisés : une première fois, lorsque leur allocation diminue suite à un chômage de trop longue durée et

335 Van den Bosch, K. et G. De Vil, *op.cit.*, p.3.

une deuxième fois, lorsqu'ils partent à la pension et que ces périodes de chômage ne sont assimilées que sur la base du droit minimum par année de carrière.

- Contribuer à œuvrer au développement d'une pension correcte pour les personnes ayant une carrière atypique.

2.4. Concevoir des solutions pour les personnes qui se sont constituées moins de droits individuels vu leur situation familiale

Un grand nombre de personnes ne disposent pas elles-mêmes d'un revenu et sont dépendantes de la pension de leur conjoint. Un débat est nécessaire sur l'acquisition de droits propres à la pension, comme alternative au coût de certains droits dérivés (non constitués sur la base de cotisations). Dans ce cadre, il convient d'étudier aussi l'impact de la limitation dans le temps du droit à une pension de survie et à une pension en cas de divorce.

2.5. Améliorer le régime de pension des indépendants

Nous avons perçu divers signaux indiquant que les indépendants, lorsqu'ils sont pensionnés, sont souvent dans une situation de pauvreté et d'insécurité d'existence. Le régime des indépendants peut encore être amélioré :

- améliorer les possibilités d'assimilation pour les indépendants, par l'application d'un système de cotisation déplafonné (comme prévu dans le régime des travailleurs salariés) ;
- introduire des assimilations – durant une durée limitée – pour les périodes durant lesquelles il y a dispense de cotisations sociales et pour les périodes couvertes par l'assurance sociale en cas de faillite ;
- examiner les situations où, lors d'une maladie, l'affaire est poursuivie par une tierce personne au nom de l'indépendant.

2.6. Tenir compte des inégalités socioéconomiques lors du débat sur l'âge de la pension légale

Dans le contexte du vieillissement, divers acteurs suggèrent d'augmenter l'âge légal de la pension. D'autre part, on constate que les groupes de popula-

tion qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorables ont une espérance de vie significativement plus basse. En ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé, les inégalités socioéconomiques sont encore plus fortes. Cet élément doit être pris en compte dans le débat.

2.7. Lutter contre les inégalités entre femmes et hommes et les éviter

De nombreuses inégalités apparaissent entre femmes et hommes lorsqu'on regarde les situations en termes de pension et de montants des pensions. Lorsque des mesures sont élaborées, il faut veiller à ce que de telles inégalités soient évitées et diminuées.

2.8. Élargir le financement de la pension légale

Il est essentiel de créer des emplois de qualité en suffisance – aussi dans la perspective du financement des pensions – pour les personnes actuellement au chômage, pour la population croissante à venir et les personnes âgées amenées à travailler plus longtemps. L'accent doit être mis sur la création d'emplois durables au lieu de le mettre uniquement sur l'allongement du travail. En même temps, les avantages fiscaux accordés aux deuxième et troisième piliers peuvent être réexaminés, en fonction du renforcement du premier pilier.

3. Améliorer la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)

3.1. Augmenter le montant de la GRAPA afin de permettre à ses bénéficiaires de mener une vie digne

Durant ces dernières années, le montant de la GRAPA a été augmenté à plusieurs reprises. Il reste cependant très bas et ne permet pas aux personnes de mener une vie conforme à la dignité humaine et de faire face à toutes les dépenses nécessaires. Il est donc important d'augmenter le montant de la GRAPA, en même temps que le montant de la pension minimum et des pensions les plus basses.

3.2. Evaluer le mode de calcul de la GRAPA

Un certain nombre d'éléments de la méthode de calcul – la prise en compte d'autres revenus du ménage, et les montants exonérés (revenu cadastral, épargne...) ainsi que les intérêts fictifs appliqués pour évaluer l'apport de l'épargne dans les moyens d'existence – sont considérés comme injustes. Une évaluation, avec les différents acteurs, peut indiquer comment mieux faire correspondre la méthode de calcul à la réalité et comment prendre en compte les situations de vie difficiles.

4. Informer, simplifier et automatiser

4.1. Simplifier le cadre réglementaire, y compris le mode de calcul des pensions

La complexité de la réglementation relative aux pensions est encore une fois apparue durant la concertation. Des initiatives pour simplifier la réglementation sont nécessaires.

4.2. Informer chacun personnellement sur sa carrière et sur l'impact d'éléments pertinents de la carrière

Vu la complexité de la réglementation et vu que les personnes ne peuvent pas toujours estimer quel est l'impact des différents éléments de carrière, il est très important d'informer chacun personnellement, depuis le début de la carrière et de façon périodique, en ce qui

concerne le lien entre carrière et pension, une modification de fonction ou d'activité professionnelle, l'impact possible d'une séparation, de problèmes de santé, de périodes d'inactivités...

4.3. Accélérer et élargir la reconnaissance automatique de la GRAPA

Actuellement, lorsqu'une demande de pension est introduite et au moment où quelqu'un atteint l'âge de 65 ans, un examen d'office est fait pour voir si la personne concernée a droit à la GRAPA. Pour ceux qui partent à la pension avant 65 ans, cet examen a un effet rétroactif. Cette procédure devrait être accélérée. De plus, il serait utile de voir comment – dans le cas d'adaptation des montants de la GRAPA ou de changements dans la situation familiale – les nouveaux ayants droit peuvent être identifiés de manière automatique.

5. Augmenter le bien-être des personnes âgées

5.1. Combattre les inégalités de santé, comme élément de la lutte contre les inégalités qui existent en termes d'espérance de vie

De grandes inégalités socio-économiques de santé existent. Elles doivent être combattues par une approche globale de la politique de santé. De cette façon, les inégalités qui existent en termes d'espérance de vie diminueront.

5.2. Limiter le coût d'un séjour en maison de repos

Les personnes qui séjournent dans une maison de repos sont confrontées au coût croissant de celles-ci. Des mesures sont à élaborer pour le limiter.

5.3. Examiner de quelle façon il est possible de soutenir les personnes âgées en ce qui concerne le logement (aussi bien les locataires que les propriétaires d'un logement de mauvaise qualité)

Les personnes âgées sont souvent confrontées à des problèmes de logement, tant sur le plan du coût du

logement que de la qualité de celui-ci. C'est vrai pour les locataires et pour les propriétaires. Il est donc nécessaire de voir quelles sont les possibilités de soutenir les groupes qui sont confrontés à cette problématique.

Liste des participants

Groupe de concertation

- ABVV - Senioren
- ACLVB - Senioren
- Aînés du MOC
- Collectif des Femmes de Louvain-la-Neuve
- Collectif Solidarité Contre l'Exclusion
- Coordination des associations des seniors (CAS) - Comité Consultatif du secteur des Pensions
- CSC Service d'études / ACV Studiedienst
- De Fakkel
- Enéo - Mouvement social des aînés
- Espace seniors
- Fediplus
- FGTV / ABVV
- Gezinsbond
- Groen+
- Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes / Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen
- Mutualité Solidaris Namur
- Nederlandstalige Vrouwenraad
- Netwerk tegen Armoede
- Office National des Pensions / Rijksdienst voor Pensioenen
- OKRA
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- S-Plu
- Union Nationale des Mutualités Socialistes / Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- Vlaamse Ouderenraad
- Welzijnszorg

Récit de vie 5

Recueilli le 21 septembre 2012

Une femme d'une cinquantaine d'année, mère de cinq enfants, vit dans un logement social à Bruxelles avec les deux plus jeunes.

Après avoir eu ses premiers enfants, elle a vécu seule avec eux et a émargé au CPAS, bénéficiant du statut de chef de ménage. Son loyer représentait 50 % de ses revenus. Sa précarité a alors augmenté davantage lorsqu'une de ses filles est née handicapée. Outre les difficultés sur le plan émotionnel, les soins de sa fille lui coûtaient très cher. *« A l'époque, j'ai fait les poubelles pour pouvoir donner à manger à mes deux aînés et acheter le lait spécialisé pour ma fille, la dernière qui était handicapée. [...] Il nous restait 300 francs pour manger. Je devais aller faire les poubelles des supermarchés. J'avais fait croire que c'était pour des animaux parce que vous avez encore quand-même un tant soit peu d'orgueil. C'était des légumes, du pain... Il y avait parfois des oranges. »* Au départ, elle a bénéficié des allocations familiales de base. Il a fallu près d'un an pour que le handicap de sa fille soit officiellement reconnu. Elle a alors pu bénéficier d'allocations familiales majorées. Elle s'est malgré tout peu à peu surendettée. Le président du CPAS de l'époque l'a beaucoup aidée en payant ses factures impayées.

Elle s'est ensuite remariée et a eu deux autres enfants. Un de ses fils s'est alors grièvement brûlé et a dû rester plusieurs mois à l'hôpital. Le CPAS a pris en charge les suppléments à payer pour les soins. Mais cela n'a pas suffi à couvrir tous les frais et les dettes sont revenues suite aux coûts des soins de santé pour son fils : celui-ci devait aller très fréquemment à l'hôpital, prendre des médicaments coûteux, faire de la kiné, etc. Le CPAS intervenait dans ces coûts via le réquisitoire *« ce qui était compliqué parce que vous deviez aller demander 15 jours à l'avance votre réquisitoire pour pouvoir l'avoir à temps »* et à l'époque *« pour les médicaments, ce n'était pas, je dirais, très utile »*. Jusqu'il y a peu, elle était en règlement collectif de dettes et une fois les frais fixes déduits, elle ne disposait que de 350 euros par mois pour vivre, elle et ses deux enfants. *« Le problème c'est qu'ils prennent aussi vos allocations familiales. »*

Quant à son parcours professionnel, à l'époque, lorsqu'elle émargeait au CPAS, celui-ci lui a proposé un contrat en article 60, qui lui a permis, au bout de deux ans, d'ouvrir le droit au chômage. *« J'ai travaillé le nombre d'heures qu'il me fallait. Deux ans où j'ai eu un salaire je dirais comme tout le monde [...] Je travaillais dans les écoles, des directrices d'école ont pleuré pour que le commune me fasse un contrat en bonne et due forme, pour pouvoir continuer à travailler. Mais ça n'a pas été possible. »*

Elle est alors restée au chômage, mais elle n'a pas trouvé d'emploi et sa santé s'est dégradée peu à peu : *« quand vous restez pendant une dizaine d'années inactif, que vous reprenez un travail, le physique en prend un coup. A la longue, ça se répercute sur votre état de santé et vous ne savez plus travailler »*. Son médecin l'a alors estimée incapable de travailler mais le médecin-contrôle de la mutuelle n'était pas d'accord. Ce n'est qu'après un nouveau problème de santé très grave qu'elle est passée en 'incapacité de travail' (elle est depuis en invalidité). Pour payer ses soins de santé, elle bénéficie du statut BIM. *« Il est intéressant surtout quand vous allez chez des médecins spécialistes. Parce que là, à la place de payer les 35 euros ou 40 euros, vous payer 2 euros [...]. Mais par contre, en général, ces médecins-là vous donnent des médicaments qui ne sont pas remboursés. »*

V. PROTECTION SOCIALE POUR LES ENFANTS ET LEUR FAMILLE

Pour les familles qui vivent dans la pauvreté, les allocations familiales sont particulièrement importantes : il s'agit d'un élément fixe et prévisible de leurs revenus. Grâce à une bonne organisation du système et des efforts constants pour automatiser l'ouverture des droits, les familles peuvent compter chaque mois sur les allocations familiales. Le Service n'a reçu que peu de signaux de personnes pauvres concernant des problèmes d'accès au droit aux allocations familiales ou d'exercice de ce droit. Par contre, les inquiétudes que soulève le transfert des compétences des allocations familiales vers les Communautés sont grandes. Dans cette perspective, le débat relatif au rôle des allocations familiales dans la lutte contre la pauvreté est ravivé et la solidarité entre les familles avec et sans enfants ainsi que la solidarité entre familles disposant de revenus élevés ou bas sont requestionnées.

Introduction

Dans ce chapitre, nous examinons dans quelle mesure les personnes qui vivent dans la pauvreté peuvent faire valoir leurs droits aux allocations familiales et dans quelle mesure cette branche de la protection sociale contribue à prévenir et à combattre la pauvreté. Pour les familles pauvres, les allocations familiales sont particulièrement importantes parce qu'il s'agit d'un montant fixe sur lequel elles peuvent compter chaque mois et dont elles peuvent librement disposer pour éduquer les enfants.

Depuis sa création, le régime des allocations familiales a connu une énorme expansion et s'est toujours adapté aux évolutions de la société et des familles. Grâce à cette capacité d'adaptation du système – et malgré sa complexité toujours plus grande – nous ne recevons que peu de signaux de personnes pauvres relatifs à des problèmes d'accès au droit aux allocations familiales ou d'exercice de ce droit. Il est indéniable que les efforts de l'Office national d'Allocations familiales pour Travailleurs salariés (ONAFTS) et des Caisses d'allocations familiales ne sont pas étrangers à cela. Via l'examen automatique du droit, l'ONAFTS veut atteindre son objectif politique et sociétal : octroyer le maximum d'allocations familiales en allégeant le plus possible les formalités administratives pour les familles elles-mêmes et en accordant une attention particu-

lière aux plus vulnérables d'entre elles³³⁶. Par contre, nombreuses sont les questions, les préoccupations et les inquiétudes que soulève le transfert de compétences des allocations familiales du niveau fédéral à celui des Communautés et à la Commission communautaire commune à Bruxelles. Dans cette perspective, nous soulignons les points forts du régime actuel des allocations familiales et nous attirons l'attention sur ce qui peut encore être amélioré.

Nous nous interrogeons d'abord sur les principes fondamentaux à la base du régime des allocations familiales (1). Nous examinons ensuite celles-ci sous l'angle de la pauvreté (2), en mentionnant les mesures qui facilitent l'accès au droit pour les personnes précarisées et en mettant en évidence les obstacles qui subsistent encore. Nous nous intéressons aussi à l'importance des allocations familiales pour les enfants qui sont placés ainsi que pour les jeunes durant la période qui précède la majorité d'âge. Le troisième point est consacré au rôle des allocations familiales dans la lutte contre la pauvreté, avec une analyse plus approfondie de la tension entre universalité et sélectivité (3). Enfin, nous formulons quelques recommandations dans le contexte du transfert des allocations familiales vers les Communautés.

336 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Automatisation de droits qui relèvent de la compétence de l'État fédéral*, Bruxelles, p. 34-36.

1. Principes de base

Les bases du régime des allocations familiales ont été jetées au début du siècle dernier par quelques employeurs qui octroyèrent une allocation, en plus du salaire, aux travailleurs ayant des enfants. Ils voulaient prévenir la paupérisation des travailleurs avec charge de famille sans devoir augmenter les salaires. La loi du 4 août 1930 a inscrit cette initiative dans un cadre légal global pour les employeurs et les salariés au sein de la sécurité sociale : «... Dès que le nombre d'enfants augmente, les frais d'alimentation, de logement, d'habillement, d'études et d'éducation auxquels doit faire face le 'prolétaire' risquent de devenir dispropor-

tionnés par rapport au revenu normal que lui procure son travail»³³⁷. Au fil des ans, cette motivation initiale et purement salariale s'est élargie à d'autres objectifs, si bien que le régime actuel témoigne de diverses formes de solidarité³³⁸.

337 Exposé des motifs de la loi du 4 août 1930 portant généralisation des allocations familiales en faveur des travailleurs salariés.

338 Office national des allocations familiales (2005). *Discours 75^{ème} anniversaire des allocations familiales*. Séance solennelle - Palais d'Egmont - 24 novembre 2005.

1.1. Solidarité horizontale

On a d'abord mis plus explicitement en avant une préoccupation en faveur des familles. En effet, les enfants assurent l'avenir de notre société et des prochaines générations. Mais leur éducation coûte cher et le revenu des parents n'augmente pas proportionnellement au nombre d'enfants du ménage. Partant de l'idée qu'il est juste que les coûts de l'éducation des enfants soient en partie supportés par la collectivité, les pouvoirs publics décident de les répartir sur l'ensemble de la population au travers du système des allocations familiales³³⁹. Cette solidarité horizontale entre familles avec et sans enfants devrait limiter le surcoût de l'éducation des enfants.

La logique redistributive entre familles avec et sans enfants a conduit à rendre de plus en plus universel l'accès aux allocations familiales. La loi pour les travailleurs salariés a été suivie de celle pour les indépendants et les fonctionnaires, ce qui a donné naissance à trois régimes d'allocations familiales. Par la suite, le statut d'attributaire³⁴⁰ a encore été étendu aux travailleurs non-actifs ou assimilés et même à des personnes sans aucun lien avec le monde du travail, comme les étudiants, les veuves touchant une pension de survie,... Enfin, on a vu apparaître le quatrième régime³⁴¹ des prestations familiales garanties pour les ménages qui n'entrent dans aucun de ces trois régimes. En Belgique, quasi tous les enfants donnent droit aux allocations familiales. Au 31 décembre 2002, les quatre régimes d'allocations familiales touchaient 97,3 % des enfants de 0 à 18 ans vivant en Belgique³⁴².

Les parents qui ne peuvent pas fournir la preuve qu'ils séjournent légalement et de manière ininterrompue en Belgique depuis au moins cinq ans, n'ont pas droit aux allocations familiales pour leurs enfants dans le régime des allocations familiales garanties (pour les réfugiés

reconnus, cette condition de séjour n'est pas d'application). Ils peuvent s'adresser au CPAS et demander un équivalent des allocations familiales garanties.

Comme le statut d'attributaire est de plus en plus dissocié de la situation effective sur le marché de l'emploi et que, pour pouvoir ouvrir le droit aux allocations, il faut parfois aller rechercher cet attributaire très loin dans la famille, de plus en plus de voix s'élèvent pour que le droit aux allocations familiales soit lié à l'existence de l'enfant³⁴³.

Le montant des allocations familiales est une autre illustration du principe d'universalité³⁴⁴. En Belgique, le montant de base est quasiment universel : les allocataires perçoivent chaque mois un même montant de base pour les enfants qui donnent droit aux allocations, compte tenu du rang de chaque enfant. Cette allocation de base peut être complétée par un supplément d'âge et/ou un supplément pour enfants handicapés ou atteints d'une affection. Par ailleurs, il y a aussi les allocations d'orphelins et les allocations spéciales pour enfants placés en famille d'accueil (= montant forfaitaire pour la famille d'origine). Enfin, une prime annuelle est versée à tous les enfants qui bénéficient d'allocations familiales (antérieurement 'allocation de rentrée scolaire').

1.2. Solidarité verticale

Comme les coûts de l'éducation des enfants sont proportionnellement plus lourds pour les familles à faible revenu, le régime des allocations familiales connaît aussi une deuxième logique de répartition, verticale cette fois, des familles à haut revenu vers celles à bas revenu. En plus de l'allocation de base et des suppléments, les suppléments sociaux suivants peuvent être octroyés à des parents en situation de précarité, à condition que le revenu du ménage (calculé sur la base du revenu professionnel ou de remplacement de l'attributaire et de son conjoint ou partenaire domicilié à la même adresse) ne

339 Bien que la politique familiale comporte plusieurs éléments complémentaires – gérés par différents niveaux de pouvoir – qui ne peuvent être considérés séparément les uns des autres (déductions fiscales, intervention dans les frais d'accueil des enfants, bourses d'étude...) nous nous concentrons ici sur les allocations familiales en tant qu'élément du système de protection sociale.

340 L'attributaire ouvre le droit sur la base de son statut professionnel ou d'une situation assimilée. L'allocataire est la personne à qui l'allocation est versée. Le bénéficiaire est l'enfant qui répond aux conditions pour bénéficier des allocations.

341 La coexistence de quatre régimes d'allocations familiales rend l'ensemble extrêmement complexe. Préalablement au transfert, la différence entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants sera gommée. Ce chapitre se limite aux allocations familiales pour salariés.

342 ONAFTS (2005). *Cinq générations d'allocations familiales 1930-2005*, Bruxelles, ONAFTS, p. 30.

343 Orts, Alice (2010). «Partie I : Les allocations familiales en Europe» dans Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés. *Les allocations familiales dans la lutte contre la pauvreté en Europe. Une étude de cas : les suppléments sociaux dans les allocations familiales belges*, Bruxelles, ONAFTS, p. 7-32 dans <http://www.rkw.be/Fr/Documentation/Publication/Studies/AllocationsFamilialesPauvreteEurope.pdf>

344 Les prestations familiales comprennent aussi l'allocation de naissance et la prime d'adoption, mais nous nous limitons dans ce chapitre aux allocations familiales de base et aux suppléments.

dépasse pas un certain plafond³⁴⁵ :

- les suppléments sociaux pour malades de longue durée (à partir du 7^e mois) et invalides (art.50ter A.R. 1930)³⁴⁶ ;
- les suppléments sociaux pour chômeurs de longue durée (à partir du 7^e mois) et pensionnés (art. 42bis A.R. 1983) ;
- le supplément pour familles monoparentales (art. 41 A.R. 2007).

Ces catégories encourent effectivement un risque de pauvreté nettement supérieur à la moyenne belge (15,3 %) : il est de 37,8 % pour les chômeurs, de 17,3 % pour les pensionnés et de 38,5 % pour les familles monoparentales³⁴⁷. Pour les invalides, la récente étude Handilab³⁴⁸ indique que pas moins de 39 % de ceux qui perçoivent une allocation pour personne handicapée vivent sous le seuil européen de risque de pauvreté.

1.3. Prestations familiales garanties

Les prestations familiales garanties ont vu le jour en

345 Cette condition de revenus a été instaurée en 1984 et a d'abord eu pour effet une baisse du nombre d'enfants donnant droit au supplément. Ensuite, ce nombre a de nouveau augmenté, ce qui indique une sélectivité accrue. Voir ONAFTS (2011). Focus 2011-1, *Suppléments sociaux dans le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés*, Bruxelles, ONAFTS.

346 Il s'agit ici de personnes qui bénéficient d'une indemnité d'invalidité, d'indemnités pour maladie professionnelle ou accident du travail ainsi que de personnes avec un handicap avec ou sans emploi.

347 Il s'agit ici du risque de pauvreté monétaire (60 % du revenu national médian net équivalent), tel qu'il est mesuré dans l'étude EU-SILC 2011, SPF Economie, DGSIE.

348 Vermeule, Bram, et. al. (2012). Handilab. Effectiviteit van de inkomensvervangende en de integratietegemoetkomingen, KULeuven, LUCAS.

1971 et constituent aujourd'hui l'une des quatre prestations au sein de l'assistance sociale (outre le revenu d'intégration, la garantie de revenus aux personnes âgées et les allocations aux personnes handicapées). Elles font donc partie du régime résiduaire et sont accordées aux familles qui n'ont droit aux allocations familiales dans aucun régime, ni en Belgique, ni dans un autre pays, ni via un régime international³⁴⁹. Les prestations familiales garanties sont entièrement financées par le régime des travailleurs salariés et elles sont gérées par l'ONAFTS, ce qui témoigne d'une grande solidarité verticale. De plus, le montant des prestations familiales garanties est plus élevé que le montant de base des allocations familiales dans le régime des travailleurs salariés. Ce montant est le même que celui de l'allocation familiale avec supplément social pour chômeurs de longue durée et pensionnés.

Même si on observe, depuis la mise en place de ce régime, une augmentation globale du nombre d'enfants qui bénéficient de prestations familiales garanties, il y a aussi chaque année, une grande rotation des bénéficiaires qui y entrent et en sortent. Le développement du traitement électronique des données, grâce auquel on détecte plus efficacement les droits prioritaires dans d'autres régimes, permet presque toujours de trouver au sein de la famille quelqu'un (oncle, grand-père,...) qui a une histoire de travailleur rendant possible l'ouverture du droit aux allocations familiales. Dans les faits, les allocations familiales garanties sont octroyées quasi uniquement à des étrangers.

349 Selon les chiffres de l'ONAFTS, les allocations familiales garanties représentaient, au 21 décembre 2012, 0,71 % de la totalité des allocations familiales.

2. Les allocations familiales au regard de situations de pauvreté

Pour de nombreuses personnes qui vivent dans des conditions précaires, les allocations familiales (majorées d'éventuels suppléments sociaux) constituent une source indispensable de revenu, non seulement pour couvrir les frais d'éducation des enfants mais aussi pour payer le loyer, l'énergie, l'alimentation... autant

de dépenses contraintes³⁵⁰. Le fait de percevoir des allocations familiales prouve qu'on a des enfants à charge et donne ainsi accès à d'autres droits ou avantages,

350 ATD Quart Monde Belgique, Union des Villes et Communes belges – section CPAS, Fondation Roi Baudouin (1994). *Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin ; L'Atelier des Droits sociaux (2012). « Allocations familiales des travailleurs salariés : les suppléments aux allocations de base » ; La ligue des familles (2013). « A quoi servent les allocations familiales chez vous ? », *Le Ligueur*, janvier 2013, p. 16-17.

comme la carte de réduction pour familles nombreuses dans les transports publics ou un calcul avantageux du loyer dans les logements sociaux à Bruxelles et en Wallonie. Un autre aspect important est que les allocations familiales sont un revenu régulier et prévisible³⁵¹. Nous évoquons d'abord quelques mesures qui favorisent l'accès aux droits aux allocations pour les personnes qui vivent dans la pauvreté (2.1) et les obstacles qui subsistent (2.2). Nous examinons ensuite deux situations spécifiques, souvent ressenties comme difficiles par les ménages qui vivent dans des conditions socioéconomiques défavorables, pour lesquels les allocations familiales constituent une aide essentielle : le placement d'enfants (2.3) et la situation des jeunes durant la période de transition qui précède la majorité (2.4).

2.1. Accès aux droits : mesures positives

L'Office national des Allocations familiales pour travailleurs salariés se fixe comme objectif d'accorder à toutes les familles le montant maximum d'allocations familiales auquel elles ont droit en exigeant le moins possible de formalités administratives de leur part. Grâce à un traitement de données en grande partie informatisé pour établir le droit aux allocations familiales, le non-exercice de ce droit est très faible. Les signaux du terrain qui nous parviennent confirment que les allocations familiales sont un des systèmes qui fonctionne le mieux sur le plan de la reconnaissance automatique des droits. Au cours de son évolution, le régime des allocations familiales a déjà répondu à diverses situations qui pouvaient être problématiques, surtout pour des personnes en situation de pauvreté. Nous complétons ici l'aperçu des mesures positives en matière d'allocations familiales, particulièrement importantes pour des personnes en situation de pauvreté, que nous avons entamé dans notre premier Rapport³⁵².

- Le principe de la trimestrialisation pour établir le droit aux allocations familiales évite à l'attributaire de devoir justifier chaque mois ses prestations de travail, ce qui n'était pas facile pour des personnes

en situation précaire. Cette mesure assure le paiement pendant tout un trimestre des allocations familiales de base et des suppléments sociaux pour chômeurs de longue durée, pour pensionnés, pour malades de longue durée ainsi que pour invalides. Il n'y a plus que les allocations majorées d'orphelins, le supplément d'âge et le supplément pour les enfants atteints d'une affection qui sont encore octroyés mensuellement, après vérification de la situation.

- La condition d'une scolarisation régulière à partir de 16 ans a été supprimée et le paiement se fait de manière inconditionnelle jusqu'au 31 août de l'année scolaire durant laquelle l'enfant bénéficiaire des allocations a 18 ans. L'absentéisme scolaire peut être plus fréquent dans des familles pauvres que dans d'autres à la suite de situations de crise ou d'une aggravation de la pauvreté. Une suspension des allocations familiales risque d'accentuer encore les difficultés. Et pourtant, l'idée de sanctionner l'absentéisme scolaire en suspendant les allocations familiales refait régulièrement surface.
- Les suppléments sociaux (pour chômeurs de longue durée et pensionnés, pour malades de longue durée et invalides) dépendent avant tout du statut socio-professionnel de l'attributaire. En cas de changement de statut, les personnes pauvres risquent d'avoir des problèmes. Depuis 2007, le droit au supplément social reste en vigueur pendant huit trimestres en cas de reprise du travail après une période de chômage ou de maladie, pour autant que le plafond de revenus ne soit pas dépassé. Cette disposition permet de faire face durant la période administrative de transition et de ne pas créer de piège financier.
- On s'efforce également d'éviter un éventuel piège au chômage : un chômeur complet indemnisé qui a droit à un supplément social aux allocations familiales et qui, après avoir travaillé, redevient chômeur complet indemnisé dans les six mois, conserve son droit au supplément social sans devoir passer par un nouveau 'stage d'attente' de six mois.
- Les mesures d'économie du Gouvernement fédéral sur les suppléments d'âge pour l'ainé et pour l'enfant unique et sur la prime annuelle, ne s'appliquent pas lorsque les enfants bénéficient d'un supplément social ou pour famille monoparentale, ou bénéficient d'allocations majorées attribuées au veuf ou à l'enfant avec un handicap, ce qui fait que les familles les plus pauvres sont épargnées.
- Les chômeurs qui ne perçoivent pas d'allocations

351 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2005). *Lance débat. 10 ans. Rapport Général sur la Pauvreté*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

352 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2001). *En dialogue, six ans après le rapport général sur la pauvreté* (Rapport juin 2001), Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

ont droit aux allocations familiales de base, quel que soit le motif de la sanction. Il existe des propositions visant à leur accorder aussi le droit à un supplément social.

- Quand un parent d'un enfant bénéficiant de prestations familiales garanties décède, cet enfant peut bénéficier d'une allocation d'orphelin garantie et plus élevée.
- Le régime des allocations familiales s'est constamment adapté à la diversification croissante des modes de vie, comme l'augmentation du nombre de familles recomposées, par exemple. Le regroupement des enfants de chacun des deux partenaires auprès de l'allocataire augmentera (le plus souvent) le montant total des allocations familiales perçues. Pour déterminer son rang, un enfant n'est pris en compte que dans une seule famille, celle à l'adresse de laquelle il est domicilié.
- Le supplément annuel (l'ancienne prime de rentrée) a été étendu en 2008 aux jeunes de 18 à 24 ans afin que les familles dont les enfants sont aux études puissent aussi en bénéficier. A partir de 2009, il a aussi été appliqué aux enfants de moins de six ans, qui ne sont pas encore soumis à l'obligation scolaire, afin d'en faire bénéficier toutes les familles.

2.2. Accès aux droits : obstacles

En Belgique, les allocations familiales sont pratiquement universelles. Il n'empêche que le régime comporte ici ou là des conditions qui compliquent l'accès aux droits.

- Dès l'introduction d'une demande d'allocations familiales pour un premier enfant, et dès que la famille est identifiée comme telle, l'organisme d'allocations familiales compétent examine de manière proactive le droit aux allocations familiales sur la base de données qu'il reçoit automatiquement. Lorsque l'organisme d'allocations familiales a spontanément informé des familles de la possibilité d'obtenir un supplément social, ce sont les familles elles-mêmes qui doivent fournir les informations relatives à leurs revenus en remplissant un formulaire de déclaration sur l'honneur. Des participants à la concertation pensent qu'il y a du 'non-recours' pour certains suppléments. Il est par exemple surprenant de voir que beaucoup moins d'enfants bénéficient du supplément pour enfants avec un handicap ou une affection grave à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie. Peut-être les personnes trouvent-elles moins vite le chemin des services sociaux ou

laissent-elles moins vite évaluer un handicap ou une maladie par le SPF Sécurité sociale ?

- Dans le système actuel, c'est l'enfant qui bénéficie des allocations familiales, mais c'est l'attributaire qui ouvre le droit aux allocations familiales par son travail ou une situation assimilée. Cela peut mener à des situations dans lesquelles la personne qui élève l'enfant et qui appartient à une catégorie qui entre en ligne de compte pour un des suppléments sociaux, n'arrive pas à l'obtenir parce que l'attributaire n'y a pas droit. Ainsi, les familles qui vivent d'un revenu d'intégration par exemple, ne perçoivent pas automatiquement le supplément social lié à ce statut. C'est le cas lorsqu'un membre de la famille ouvre le droit sur la base de son statut professionnel mais n'entre pas en ligne de compte pour un des suppléments sociaux. Les familles qui perçoivent les prestations familiales garanties parce qu'aucun attributaire n'a été trouvé dans la famille élargie, ont cependant droit à un supplément, équivalent au supplément social pour chômeurs de longue durée et pensionnés. Les familles ne savent pas suffisamment que l'attributaire peut renoncer au droit aux allocations familiales dans l'intérêt de l'enfant, au profit d'un autre attributaire qui répond aux critères d'attribution d'un supplément social.
- Le fait qu'un attributaire cohabite a un impact sur les suppléments sociaux. Pour calculer le revenu, deux plafonds de revenu sont utilisés, l'un pour les cohabitants et l'autre pour les familles monoparentales. Si les conditions de revenu ne sont plus remplies, le droit aux suppléments sociaux et au supplément pour famille monoparentale disparaît.
- Le nombre d'enfants pour lesquels le supplément aux allocations pour familles monoparentales est versé est en augmentation. Ce supplément n'est pas dépourvu d'effets pervers. Lorsque le parent seul cohabite à nouveau, le droit au supplément n'existe plus. Mais il n'est pas évident que le nouveau partenaire veuille/puisse participer aux frais d'éducation des enfants. Durant la concertation, certains ont aussi relevé que les couples avec enfants dont les revenus sont faibles (sous les plafonds pour l'attribution des suppléments sociaux et du supplément pour famille monoparentale) n'ont pas droit au supplément pour famille monoparentale, alors qu'ils doivent, avec une personne supplémentaire, se débrouiller avec le même faible revenu.
- Lorsque les enfants qui ont droit aux allocations familiales atteignent l'âge de 6, 12 et 18 ans, ils bénéficient d'un supplément d'âge. Pour des

raisons d'économie, un montant réduit de moitié s'applique depuis 1997 aux aînés et aux enfants uniques. Pour des raisons d'économie, cette réduction a été étendue, à partir de septembre 2013, à certains enfants aînés et uniques nés avant 1997 et qui avaient encore droit à des mesures transitoires. La prime de rentrée scolaire est également soumise à des économies et a diminué cette année de 15 % pour les familles dont les enfants sont scolarisés. Ces mesures d'économie ne s'appliquent cependant pas aux enfants pour lesquels un supplément social, un supplément pour famille monoparentale, des allocations d'orphelins au taux majoré ou un supplément pour les enfants atteints d'une affection sont perçus.

- Bien que la loi dispose³⁵³ qu'en cas de règlement collectif de dettes, le pécule laissé à la disposition du requérant doit toujours être supérieur au revenu d'intégration majoré des allocations familiales, des participants à la concertation ont signalé que les allocations familiales étaient parfois comptabilisées comme revenu disponible pour apurer les dettes.
- Lorsque des parents demandent un revenu d'intégration, les allocations familiales qu'ils perçoivent ne sont pas prises en considération dans le calcul des ressources. Les allocations familiales sont en effet légalement exonérées. Des participants à la concertation témoignent cependant du fait que le CPAS prend parfois en compte les allocations familiales et/ou les suppléments sociaux pour déterminer l'état de besoin, lorsqu'ils demandent une aide sociale complémentaire. L'exonération ne vaut pas pour l'aide complémentaire.
- L'octroi des prestations familiales garanties est lié à une enquête sur les moyens d'existence du demandeur. Lorsque les revenus de la famille ne sont pas quantifiables, par exemple en cas de mendicité, il est impossible de vérifier si les moyens d'existence sont insuffisants et on ne peut donc pas accorder de prestations familiales garanties.

2.3. Placement d'enfants

Une recherche menée à la demande du Service de lutte contre la pauvreté a permis d'objectiver l'hypothèse selon laquelle les enfants issus de familles pauvres courent un plus grand risque d'intervention de l'aide

à la jeunesse et notamment de placement³⁵⁴, ce qui se fait généralement au détriment de la relation entre les parents et les enfants. Pourtant, les personnes pauvres ont le droit d'être parents et de le rester pendant le placement de l'enfant. Le placement ne peut pas non plus appauvrir les parents. Les allocations familiales peuvent aider les parents à maintenir le contact avec les enfants placés et à préparer leur retour.

Si l'enfant est placé dans une institution, les deux tiers des allocations (calculés en fonction de l'allocation de base moyenne et des suppléments sociaux, le cas échéant, pour tous les enfants de la famille, complété par le supplément d'âge de l'enfant placé) vont à cette institution ou à la Communauté dont elle relève. Le tiers restant de cette allocation est soit attribué à la personne qui éduquait l'enfant avant le placement, pour autant qu'elle continue à s'occuper de lui³⁵⁵, soit placé sur un compte d'épargne au nom de l'enfant³⁵⁶. Cette réglementation a un impact différent sur le montant total des allocations familiales que les parents perçoivent selon que c'est l'aîné ou le deuxième ou troisième enfant qui est placé. Parce que le montant de l'allocation familiale de base est lié au rang de l'enfant, l'allocation de base moyenne pour tous les enfants est toujours plus élevée que celle de l'aîné. Si c'est l'aîné qui est placé, c'est toujours désavantageux pour les parents. Si un troisième enfant est placé, la réglementation est favorable aux parents. Lors du placement d'un deuxième enfant, il n'y a pratiquement pas de différence. De plus, la décision relative à la destination du tiers a un impact sur le montant que les parents perçoivent pour leurs éventuels autres enfants³⁵⁷. En cas de versement sur un carnet d'épargne, cet enfant n'intervient plus dans le calcul des allocations familiales pour les autres enfants du ménage. Ceux-ci avancent alors d'un rang. Pour les parents, cela entraîne une perte de revenus par rapport à la situation où ils perçoivent le tiers restant, avec maintien du rang pour les autres enfants. Un autre problème est qu'après le retour de l'enfant placé, il faut parfois attendre un

353 Loi du 26 mars 2013 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne le règlement collectif de dettes, *Moniteur belge*, 13 avril 2012.

354 Bouverne-De Bie, Maria et al. (2010). *Un lien entre pauvreté et mesure d'aide à la jeunesse ?*, Gand, Academia Press.

355 Pour vérifier qui continue à s'occuper de l'enfant pendant le placement (visite, lettre, séjour de courte durée...), l'organisme d'allocations familiales transmet à l'établissement un formulaire de contrôle P3 (Circulaire ministérielle du 6 mars 1992).

356 Selon l'ONAFS, il y avait 18.206 enfants placés dans le régime des travailleurs salariés en juin 2012, dont 15.207 placés dans une institution. Pour 15,26 % d'entre eux, 1/3 des allocations familiales est versé sur un compte d'épargne.

357 <http://www.rkw.be/Fr/Family/placedInstitution.php>

certain temps avant que le montant complet des allocations familiales soit à nouveau versé. Pour éviter cela, il est important de faire circuler le plus rapidement possible l'information relative au début et à la fin d'un séjour en institution.

Si l'enfant est placé dans une famille d'accueil, le montant des allocations familiales est entièrement versé à la personne qui l'éduque au quotidien. Jusqu'en 2003, la personne qui percevait les allocations familiales juste avant le placement en famille d'accueil n'était plus considérée comme allocataire et ne percevait donc rien. Elle percevait désormais un montant forfaitaire³⁵⁸ (fixe, identique pour chaque enfant, quel que soit le statut, l'âge et le rang) à condition de maintenir régulièrement des contacts avec l'enfant ou de démontrer lui porter de l'intérêt³⁵⁹. Au vu de l'expérience des personnes en situation de pauvreté, la pertinence de cette condition soulève des questions. Non seulement la situation des parents pauvres peut rendre ce contact très difficile, mais ils ne bénéficient pas toujours d'un soutien suffisant pour le maintenir³⁶⁰.

Les prestations familiales garanties ne sont pas versées si les enfants sont placés dans une institution ou une famille d'accueil parce que dans ces cas, l'enfant n'est pas considéré comme à charge. La personne qui les percevait juste avant le placement de l'enfant reçoit cependant un montant fixe par mois lorsque l'enfant est placé dans une institution. Ce montant est le même que le forfait pour les parents dont l'enfant est placé dans une famille d'accueil.

2.4. Période de transition, à l'approche de la majorité

Jusqu'au 31 août de l'année durant laquelle il atteint 18 ans, le jeune bénéficie d'allocations familiales sans conditions supplémentaires. Entre 18 et 25 ans, il doit suivre un enseignement ou une formation, sans pouvoir travailler au-delà d'une certaine limite ou percevoir de revenus supérieurs à un plafond. La réglementation

relative aux allocations familiales tient compte des réalités de vie changeantes des jeunes.

- L'accord du Gouvernement fédéral de décembre 2011 a modifié le stage d'attente des jeunes qui quittent l'école et l'a allongé : le 'stage d'insertion professionnelle' dure 1 an. La réglementation relative aux allocations familiales s'est adaptée à cette nouvelle réalité. Avant, un jeune qui avait terminé ses études ou qui arrêta ses études, et qui était inscrit comme demandeur d'emploi, pouvait encore percevoir les allocations familiales pendant 9 mois maximum. Actuellement, comme demandeur d'emploi, il peut revendiquer les allocations familiales durant toute la période du stage d'insertion socio-professionnelle³⁶¹.
- Le plafond de revenus instauré pour les jeunes de plus de 18 ans constitue un problème particulier. Ainsi, dans le système de formation en alternance, les indemnités d'apprentissage dépassaient parfois ce plafond, ce qui pouvait entraîner la perte des allocations familiales alors que celles-ci étaient souvent indispensables pour la survie de familles en situation de pauvreté³⁶². Les différents systèmes ont depuis adapté les indemnités en fonction de ce plafond de revenus.

Cette réglementation pose des problèmes pour les familles pauvres, dont beaucoup d'enfants arrêtent leur scolarité prématurément et ne poursuivent pas d'études, et pour lesquelles les allocations familiales constituent une part importante du revenu, ainsi que pour les jeunes qui vivent de manière autonome.

- Sous certaines conditions (avoir sa propre adresse, être émancipé ou marié, avoir soi-même des enfants), un jeune peut percevoir lui-même les allocations familiales à partir de 16 ans. Ce choix a des conséquences. Quand l'enfant percevait lui-même les allocations familiales, il percevait le montant correspondant au rang 1. Dans une famille de plusieurs enfants, le fait qu'un des enfants perçoive directement les allocations familiales fait avancer les autres d'un rang. Financièrement, il peut donc être

358 La note du Service sur les conséquences financières pour les parents du placement d'un ou plusieurs enfants pour les parents (10 juin 2002) a inspiré cette décision, <http://www.luttepauvrete.be/publicationsservicenotes.htm>.

359 Article 70ter des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés du 19 décembre 1939, *Moniteur belge*, 22 décembre 1939.

360 Le Service a publié les résultats du projet qu'il a mené avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles, relatif au maintien du lien entre parents et enfants placés, <http://www.luttepauvrete.be/themeaidejeunesse.htm>

361 Arrêté royal de 29 mars 2012 modifiant l'arrêté royal du 12 août 1985 portant exécution de l'article 62, § 5, des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et l'arrêté royal du 25 février 1994 déterminant les conditions d'octroi des prestations familiales du chef des chômeurs, *Moniteur belge*, 26 avril 2012.

362 Voir le chapitre 'Jeunes précarisés et enseignement ou formation en alternance' dans Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2011). *Lutte contre la pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques*, Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

plus avantageux que les parents perçoivent les allocations. Pour les jeunes issus d'une famille pauvre, un conflit peut ainsi exister entre leur désir d'autonomie et les besoins de leur famille. Dans le cas où les relations entre le jeune et sa famille sont rompues (par exemple en cas de placement et de mise en autonomie / logement accompagné), ils sont tous deux fois victimes de cette réglementation, sur le plan financier : le jeune reçoit les allocations familiales de rang 1, quel que soit son rang dans

la famille, et la famille reçoit un montant moins élevé d'allocations familiales parce que les enfants avancent d'un rang.

- Si le jeune fait une demande de revenu d'intégration sociale, le CPAS est légalement obligé de l'aider à exercer ses droits, y compris aux allocations familiales. Si le jeune les touche lui-même, elles sont cependant comptabilisées dans le calcul de ses moyens d'existence.

3. Les allocations familiales et la lutte contre la pauvreté

3.1. Politique intégrée

La récente attention accordée à la lutte contre la pauvreté des enfants³⁶³ a fait rebondir le débat sur le rôle que jouent les allocations familiales dans la lutte contre la pauvreté. Une recherche sur les politiques les plus efficaces pour réduire la pauvreté des enfants³⁶⁴ indique la nécessité de stratégies complémentaires, outre les mesures visant à promouvoir l'emploi et à assurer une protection sociale adaptée aux personnes avec ou sans travail rémunéré. Le risque de pauvreté des enfants est en général inférieur dans les pays européens qui consacrent un pourcentage plus élevé de leur Produit intérieur brut aux familles et aux enfants. Les allocations familiales ont donc aussi un rôle à jouer dans la lutte contre la pauvreté.

Le rôle respectif des allocations familiales et des revenus du travail dans la lutte contre la pauvreté est fort discuté. Ainsi, le Rapport Général sur la Pauvreté condamnait déjà la stratégie consistant à utiliser les allocations familiales pour accroître les revenus des familles à bas salaires sans augmenter les salaires eux-mêmes et y voyait une fausse solution au problème des bas salaires. En effet, cette stratégie fait l'impasse sur le fait que beaucoup de personnes ont un salaire insuffisant pour pouvoir mener une vie conforme à

la dignité humaine. Si on accorde davantage d'allocations familiales à des familles sans revenus du travail, n'est-il pas plus logique alors d'augmenter les revenus de remplacement plutôt que les allocations familiales³⁶⁵? Certains estiment que les allocations familiales ne doivent pas servir à compenser le fait que le montant de la plupart des allocations se trouvent en-dessous du seuil de pauvreté, mais à couvrir le coût minimal engendré par l'éducation des enfants³⁶⁶. D'autres confirment que les minima sociaux sont trop faibles pour pouvoir participer à la vie en société, mais voient justement dans les allocations familiales une possibilité de s'en sortir. Des allocations familiales universelles, non liées à la situation professionnelle, peuvent offrir un complément au revenu sans créer un piège à l'emploi³⁶⁷. Lors de la concertation, des participants ont également mis en garde contre une tendance à vouloir trop mettre l'accent sur la lutte contre la pauvreté des enfants. En effet, cela peut conduire à une culpabilisation des parents alors qu'il s'agit avant tout de familles qui se trouvent en situation de pauvreté. La nécessité d'une politique familiale et de lutte contre la pauvreté générale et cohérente s'impose.

363 Voir aussi Plan national de lutte contre la pauvreté infantile. Lutter contre la pauvreté infantile et favoriser le bien-être des enfants. http://www.mi-is.be/sites/default/files/doc/nationaal_kinderarmoedebestrijdingsplan_fr.pdf

364 Whiteford et Adema dans Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (2010). *Les allocations familiales dans la lutte contre la pauvreté en Europe. Une étude de cas : les suppléments sociaux dans les allocations familiales belges*, Bruxelles, ONAFTS, p. 54.

365 Defeyt, Philippe (2012). *Salaires + allocations sociales = l'impossible équation?*, Institut pour un Développement Durable.

366 Pour un aperçu des différentes façons de calculer le coût minimal d'un enfant et de la mesure dans laquelle les différentes allocations couvrent ces coûts, voir : Storms, Bérénice et Kristel Bogaerts (2012). « Kind van de rekening. Onderzoek naar de doeltreffendheid van de financiële tegemoetkomingen voor kinderen ten laste », *Revue belge de Sécurité sociale* (à paraître), 54(3).

367 Cantillon, Bea et al. (2013). *Bouwen aan een nieuwe toekomst voor de kinderbijlagen : een must voor al wie het ernstig neemt met armoedebestrijding*, Universiteit Antwerpen, CSB-Berichten.

3.2. Universalité et sélectivité

Toute l'histoire de la réglementation relative aux allocations familiales est traversée par la question de savoir si ces allocations doivent être universelles, c'est-à-dire que tous les enfants en bénéficient (solidarité horizontale pour couvrir les frais relatifs à l'éducation) ou spécifiquement axées sur les enfants dont les familles sont défavorisées sur le plan socio-économique (solidarité verticale pour lutter contre la pauvreté).

Le système belge est basé sur l'universalité, qui est essentielle pour en garantir la légitimité aux yeux de la société et en assurer le caractère durable. En même temps, les prestations familiales dans le régime pour travailleurs salariés sont devenues, de fait, plus sélectives à cause d'une augmentation du montant des suppléments sociaux et d'un élargissement des attributaires³⁶⁸. La proportion d'enfants ayant droit à des allocations familiales majorées dans le régime des travailleurs salariés est passée de 3,66 % en 1947 à 7,19 % en 1965, à 14,75 % en 1985, à 17,77 % en 2004³⁶⁹ et à 20,3 % en 2012³⁷⁰. Dans le régime des indépendants, ces pourcentages sont moins élevés. En dépit du fait que les suppléments sociaux bénéficient réellement aux familles qui en ont besoin, ces mesures sélectives ne réduisent néanmoins pas significativement le risque de pauvreté de ces familles³⁷¹. Une explication est que les allocations familiales n'ont pas suivi l'augmentation du bien-être, ce qui fait que les montants de l'allocation de base et des suppléments ne sont pas adaptés à la hausse du coût de la vie. La multiplication des mesures sélectives n'a pas pu compenser cette érosion.

Ce constat donne lieu à toutes sortes de recherches de scénarios dans la perspective d'augmenter encore l'efficacité des allocations familiales comme outil pour

renforcer la lutte contre la pauvreté³⁷². Alors que les chiffres indiquent une augmentation de la pauvreté des enfants et que des mesures d'économie s'imposent, il peut paraître plus pertinent de privilégier la lutte contre la pauvreté que de compenser des coûts de l'éducation des enfants dans chaque famille. De ce point de vue, l'utilisation sélective du budget disponible est le moyen le plus efficace³⁷³. Des participants à la concertation plaident cependant pour que le montant de base soit substantiel. En effet, plus le système est sélectif, moins il touche de familles et plus les frais administratifs et de gestion sont élevés. En outre, il y a aussi des familles précarisées qui ne peuvent pas faire valoir le droit aux suppléments en raison de leur statut ou de leurs revenus. Des personnes en situation de pauvreté mettent aussi en garde contre la 'tentation de la sélectivité' lorsque les moyens sont réduits³⁷⁴ : des mesures sélectives risquent notamment d'exclure d'autres familles, qui ne répondent pas aux critères. Il ne s'agit cependant pas d'une question qui se pose en termes de 'ou-ou' mais bien de 'et-et'. Il y en a aussi qui plaident en faveur d'allocations de base simplifiées dans le cadre universel et le budget actuel et en faveur d'un glissement des moyens vers des suppléments sociaux³⁷⁵.

Une autre piste consiste à mettre davantage de services gratuitement à la disposition des enfants issus de familles vulnérables plutôt que de payer davantage d'allocations familiales pour eux. Cette option pourrait résoudre le problème lié au fait que les allocations ne couvrent pas l'entièreté des frais. Mais d'autres attirent l'attention sur les nombreux risques que comporte cette option. Cela pourrait notamment alimenter l'idée selon laquelle les personnes pauvres gèrent leur argent de manière irresponsable. En outre, il n'y a aucune garantie que l'offre de services soit suffisamment développée et adaptée aux personnes qui vivent dans la pauvreté. En outre, elles peuvent subir une double exclusion, lorsque l'utilisation d'un service est érigée en condition d'obtention des allocations familiales.

368 ONAFTS (2011). Focus 2011-2, *L'évolution des allocations familiales mensuelles dans le régime pour travailleurs salariés de 1997-2010*, Bruxelles, ONAFTS.

369 ONAFTS (2005). *Cinq générations d'allocations familiales 1930-2005*, Bruxelles, ONAFTS, p. 43.

370 Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (2012). *Statistiques semestrielles 2012/1*, Bruxelles, ONAFTS.

371 Cantillon, Bea et al. (2012) *Gezinsbeleid ondersteunt gezinnen materieel. Gezinsconferentie 'Gezinsbeleid in Vlaanderen'*, 15 mai 2012 ; Cantillon, Bea et al. (2012). *Kinderbijslagen en armoede : kan de zesde staatsvorming het immobilisme doorbreken?* Universiteit Antwerpen, CSB-Berichten.

372 Voir par exemple Maréchal, Claire et al. (2010). *Impact de réformes potentielles sur la pauvreté infantile*, dans ONAFTS (2010). *Les allocations familiales dans la lutte contre la pauvreté en Europe. Une étude de cas : les suppléments sociaux dans les allocations familiales belges*, Bruxelles, ONAFTS ; Cantillon, Bea et al. (2013), *op.cit.*

373 Cantillon, Bea et al. (2012), *op.cit.*

374 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2001), *op.cit.*, p. 110.

375 Van Lancker, Wim et Jill Coene (2013). « De impact van de kinderbijslag voor gezinnen in armoede » dans Dierckx, Danielle et al. *Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2013*, Louvain/La Haye, Acco.

3.3. Allocations familiales de base et suppléments

Dans le contexte du débat sur l'universalité et la sélectivité, tous les participants à la concertation sont d'accord pour estimer qu'il faut conserver les allocations familiales de base pour tous les enfants. Il y a cependant des divergences de vue quant au montant. Certains plaident pour un montant de base plus bas pour tous en échange de suppléments plus élevés pour les plus défavorisés. D'autres veulent augmenter le montant de base pour chaque enfant afin qu'il couvre davantage les frais liés à l'éducation³⁷⁶. Adapter le montant de base et les suppléments à l'évolution du coût de la vie est une revendication générale.

Pour l'instant, le montant des allocations familiales de base dépend du rang de l'enfant. Des voix se sont élevées pendant la concertation pour supprimer ce principe, en considérant que tous les enfants sont égaux. Certains participants insistent sur le fait que les familles nombreuses ont des coûts supplémentaires, par exemple en matière de logement, de mobilité... Selon eux, les suppléments liés au rang contribuent à préserver le bien-être des familles nombreuses. Les familles de trois enfants ou plus sont davantage exposées au risque de pauvreté que celles de un ou deux enfants³⁷⁷. L'instauration d'un rang unique se ferait donc à leurs dépens, si le montant n'est pas suffisamment élevé. Comme l'allocation de base est trop faible et aussi longtemps que ce sera le cas, les suppléments liés au rang restent importants, estiment bon nombre de participants.

Il y a aussi des divergences de vues, au sein de la concertation, à propos du supplément d'âge. Dans la logique selon laquelle les allocations familiales doivent couvrir les coûts de l'éducation des enfants, ce supplément est justifié puisque les coûts augmentent avec l'âge de l'enfant. D'autres soulignent que ce supplément n'est pas nécessaire s'il est compensé par exemple par des services de garde d'enfants moins chers et une augmentation des bourses ou allocations d'études. Mais ces mesures sont à nouveau liées au revenu, ce qui fait que tout le monde ne peut pas en bénéficier.

Les participants à la concertation estiment de manière unanime qu'il faut conserver les allocations d'orphelins et le supplément pour enfants handicapés ou atteints d'une affection.

Les avis divergents une fois encore à propos des suppléments sociaux. Ces suppléments (pour malades de longue durée, invalides, chômeurs de longue durée, pensionnés et familles monoparentales) dépendent aussi bien du statut que des revenus de l'attributaire et de sa famille. La plupart des participants à la concertation sont favorables au maintien des suppléments sociaux liés à la situation socioéconomique de la famille, mais il n'y a pas d'unanimité sur les conditions d'octroi. Certains estiment que les suppléments sociaux doivent être attribués en fonction du revenu, en partant du constat que des travailleurs à bas salaires par exemple peuvent avoir un revenu inférieur à celui de personnes qui touchent des allocations de chômage ou d'incapacité de travail. Cela voudrait dire que tous les suppléments pour les attributaires à faible revenu sont maintenus³⁷⁸, quel que soit leur statut et qu'ils travaillent ou non. D'autres objectent à cela que le revenu d'une famille ne peut pas toujours être mesuré et connu avec précision³⁷⁹. De plus, il n'est pas en lui-même un indicateur suffisant de pauvreté. Outre le fait que la pauvreté est un phénomène très complexe, les personnes doivent éventuellement faire face à des dépenses structurelles (frais de santé, dettes...) qui réduisent leur revenu disponible. Le supplément pour familles monoparentales alimente lui aussi les débats. Une extension de ce supplément aux ménages à un seul revenu pourrait permettre à un plus grand groupe de familles à faible revenu d'en bénéficier. On peut objecter à cela que les ménages à un seul revenu bénéficient déjà d'avantages fiscaux, si bien qu'un supplément d'allocations familiales risque d'accroître le piège à l'emploi. En outre, les familles à deux revenus très bas ne peuvent toujours pas bénéficier de ce supplément.

La discussion sur les critères d'octroi des suppléments sociaux n'a pas été tranchée lors de la concertation. Ce qui est clair, toutefois, c'est que chaque choix a des

376 Gezinsbond (2012). *Kind niet met het badwater weggooien, geen selectieve kinderbijslag!* Opiniestuk.

377 http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_aantal_armen.htm

378 Voir aussi Defeyt, Philippe (2012), *op.cit.*

379 Voir aussi Serroyen, Chris (2013). « Dat heet dan sociaal zijn - deel 2 - », *De Gids*, février 2013, p. 17-22. Cet auteur souligne que, tant que les revenus ne sont pas connus avec précision ou peuvent être réduits de manière artificielle, des suppléments en fonction des revenus ne peuvent pas être considérés comme justes. En outre, ils favorisent aussi des pièges au revenu.

conséquences positives pour certaines catégories de personnes et négatives pour d'autres. De plus, les choix qui sont faits dans le cadre du régime des allocations familiales sont liés à des choix dans d'autres domaines

et à d'autres niveaux politiques, comme la politique familiale (garde d'enfants, soutien éducatif...), l'enseignement (bourses et allocations d'études...).

Recommandations

L'accord de Gouvernement fédéral prévoit le transfert des allocations familiales vers les Communautés. Les participants à la concertation ont exprimé une certaine inquiétude face à cette perspective, alimentée par le fait que les contours précis du transfert ne sont pas encore connus. C'est dans ce contexte que la concertation formule les recommandations ci-dessous.

1. Appliquer la clause de 'non-régression'

Il est crucial d'examiner a priori les effets que le transfert des allocations familiales aux Communautés pourrait avoir sur les personnes qui vivent dans la pauvreté³⁸⁰ et de ne pas adopter de mesures qui diminueraient la protection de la vie familiale.

2. Maintenir le caractère unique des allocations familiales

Le transfert est l'occasion d'un débat sur le rôle des allocations familiales comme élément d'une politique familiale plus large. Certains proposent de développer davantage de services accessibles aux familles qui vivent dans la pauvreté, ce qui rendrait moins nécessaires les allocations familiales. Les participants à la concertation n'adhèrent pas à cette façon de voir et insistent sur une caractéristique unique des allocations familiales, à maintenir : le fait que les parents perçoivent chaque mois un montant prévisible dont ils disposent librement pour l'éducation de leur(s) enfant(s).

3. Définir les allocations familiales comme un droit lié à l'existence de l'enfant

L'accord de Gouvernement prévoit d'inscrire le droit aux allocations familiales dans la Constitution mais ne précise pas en quels termes. Les participants à la concertation demandent de considérer les allocations familiales comme un droit lié à l'existence de l'enfant – le droit serait ouvert dès que l'enfant naît – et dont il est le bénéficiaire et non comme un droit de l'enfant. En effet, les allocations familiales constituent un soutien à l'éducation des enfants, dont les parents – dans la majeure partie des cas – portent la responsabilité.

Les participants recommandent de ne plus coupler les allocations familiales à un statut socio-professionnel, ce qui est une suite logique de la reconnaissance des allocations familiales comme un droit lié à l'existence de l'enfant. Cela simplifiera la procédure puisque l'étape de la recherche d'un attributaire deviendrait caduque.

4. Maintenir les allocations familiales de base avec des suppléments

En ce qui concerne le montant des allocations familiales, les participants demandent de lier les allocations familiales au bien-être et de maintenir les suppléments liés aux caractéristiques de l'enfant (orphelin et enfant handicapé ou atteint d'une affection) et les suppléments sociaux liés à la situation socioéconomique de la famille qui s'occupe de l'enfant.

380 Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2012). *Lecture de l'Accord de gouvernement fédéral*.

5. Octroyer d'office un supplément aux parents qui perçoivent un revenu d'intégration

Aussi longtemps qu'un attributaire doit être identifié pour ouvrir le droit, il est demandé que les enfants dont les parents perçoivent un revenu d'intégration bénéficient automatiquement du supplément social pour chômeurs de longue durée dans tous les régimes, afin d'éviter une inégalité par rapport aux ayants droit à un revenu d'intégration qui perçoivent des allocations familiales garanties.

6. Maintenir les allocations familiales en cas de placement d'enfants

Les participants recommandent de respecter les options prises en matière d'allocations familiales au bénéfice d'enfants placés en famille d'accueil ou dans

une institution : les familles d'origine continuent à percevoir une partie des allocations familiales. Celles-ci sont indispensables au maintien du lien durant la séparation et à la préparation du retour de l'enfant.

- Ils demandent aussi d'évaluer la disposition prévoyant un montant forfaitaire dans l'hypothèse d'un placement en famille d'accueil : le forfait n'est accordé que si les parents maintiennent des contacts réguliers avec l'enfant. Quel effet a eu cette condition sur les familles pauvres ?
- Ils estiment que la réglementation relative aux 2/3-1/3 ne doit se baser que sur l'allocation familiale de l'enfant placé et pas sur le montant moyen des allocations de tous les enfants de la famille.
- Ils demandent de mieux faire circuler les informations entre l'Aide à la jeunesse et l'ONAFS, lorsqu'un enfant retourne chez lui, pour que la famille puisse percevoir à nouveau les allocations familiales, le plus rapidement possible.

Liste des participants

Groupe de concertation

- Agricall
- Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)
- Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie
- Centrum Sociaal Beleid Herman Deleeck - Universiteit Antwerpen
- CGSLB - Service d'études fédéral / ACLVB - Fédérale Studiedienst
- CSC Service d'études - ACV Studiedienst
- Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS)
- FGTB / ABVV
- SPF Sécurité Sociale DG Indépendants / FOD Sociale Zekerheid DG Zelfstandigen
- FOPES - UCL
- Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté
- Gezinsbond
- L'atelier des droits sociaux
- La ligue des familles
- Netwerk tegen armoede
- Observatoire de la Santé et du social de Bruxelles-Capitale / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad

- SPP Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté et Economie Sociale / POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie
- ONAFS / RKW
- Vlaams Actieve Senioren

Récit de vie 6

Recueilli le 18 septembre 2012

Une femme d'une soixantaine d'année, mère d'une fille et d'un garçon, est divorcée et vit seule. Elle travaille à mi-temps et reçoit en outre une 'allocation de chômage à mi-temps', c'est-à-dire une allocation de garantie de revenus. Elle vit dans un logement social et fait du bénévolat dans le quartier.

À 15 ans, elle commence à travailler à temps plein dans une usine de chaussures. Elle y fait la connaissance de son mari. Ils se marient et ont deux enfants. Après quelques années, son mari la quitte. Elle continue encore quelques années à habiter dans la maison avant de se voir attribuer un logement social. *« J'étais déjà sur la liste, pour sûr, car cela a peut-être duré deux ans après la séparation. Cela s'est donc fait assez rapidement »*. Elle vit là depuis maintenant 19 ans. *« Dans le privé, ce n'est pas possible pour moi, à moins de 600 euros, on ne trouve rien par ici et tout est beaucoup plus petit qu'ici. »*

Elle a eu des problèmes de dos et s'est retrouvée six mois 'sur la caisse maladie'. Parce qu'elle ne pouvait pas reprendre physiquement son travail, elle a été licenciée et son salaire a été payé. Elle a d'abord eu droit à une allocation de chômage, tout d'abord sous le statut de chef de ménage (avec un fils à charge), ensuite en tant qu'isolée.

Après des problèmes relationnels de sa fille, celle-ci est venue brièvement habiter chez elle. Elle a aidé sa fille en faisant les démarches au CPAS, à la mutualité, au syndicat des locataires, à la société de logements sociaux... *« Je lui ai dit : 'tu vas maintenant au CPAS et tu leur expliques tout et tu demandes de suite une mesure pour la gestion du budget. Car si tu ne le fais pas, je ne t'aide pas non plus, car cela ne sert à rien que je fasse quelque chose. Elle ne doit pas s'imaginer qu'il suffit de se reposer sur ses lauriers'. »* Parce que sa fille n'était plus en ordre de mutuelle, elle a payé les cotisations dues, de sorte qu'elle puisse profiter de l'intervention sur sa facture d'hôpital.

Suite aux problèmes de sa fille, elle a, elle aussi, commencé à avoir des problèmes de santé et a dû chercher de l'aide mentale et médicale. *« J'en ai gardé un diabète, dû aux émotions, à la peur, un peu tout ça à la fois. »* Depuis 9 ans, elle retravaille à temps partiel et complète son salaire par une allocation de garantie de revenus. *« C'est tout juste, mais avec le total des deux, de mon travail et de l'allocation, je pense que j'ai entre 1 000 et 1 100 euros. Pour moi toute seule, bon, ça va. Tout le monde doit faire attention, n'est-ce pas ? Je calcule toujours tout bien. Bien entendu, vous n'avez pas de surplus, mais je suis contente de ne pas devoir dire que j'ai déjà trois mois d'arriérés. Je préfère me limiter à l'avance. »*

La mutualité lui a écrit, comme à toutes les personnes de plus de 55 ans, pour vérifier si elle a droit à l'intervention majorée (statut BIM). *« Je récupère ainsi beaucoup plus d'une visite chez le docteur et cela ne représente plus qu'un supplément de 3 euros. Pour mes médicaments, c'est aussi beaucoup mieux, sauf pour mes vitamines, mais bon. »*

Elle veut prendre sa pension dans les deux ans et sa mutualité l'informe à ce sujet. Elle pourra alors profiter également d'autres avantages sociaux. *« Car la mutualité écrit à tous ses membres qui ont 55 ans une lettre pour un premier entretien, pour savoir à quoi pourrait ressembler leur pension et savoir combien d'années ils ont travaillé. »*

EN GUISE DE CONCLUSION

En guise de conclusion, nous formulons des recommandations qui font écho aux éléments communs aux quatre thématiques, tels qu'identifiés dans le premier chapitre (questions transversales). Elles portent sur des aspects essentiels de la sécurité sociale et de l'assistance sociale, et constituent ainsi des balises pour maintenir et renforcer la protection de tous contre la pauvreté.

Pour permettre aux lecteurs qui le souhaitent de resituer les recommandations dans leur contexte, nous les présentons dans le même ordre que celui que nous avons adopté pour présenter les questions transversales. Ces recommandations complètent les propositions formulées dans les chapitres thématiques et vice-versa.

Garantir l'effectivité du droit fondamental à la protection sociale

La protection sociale est un droit fondamental : cela signifie qu'il s'agit d'un élément reconnu comme essentiel pour mener une vie conforme à la dignité humaine. Le droit à la protection sociale est inscrit dans plusieurs instruments internationaux qui engagent la Belgique et dans la Constitution. L'accord de coopération relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté y fait également référence. Renforcer l'effectivité du droit à la protection sociale n'est donc pas un objectif optionnel ; on ne peut se résoudre à accepter que certaines personnes soient insuffisamment protégées.

Diminuer la pression sur la protection sociale

Diverses évolutions de la société mettent la protection sociale sous pression et tendent à l'appréhender avant tout en termes de coût économique. Plusieurs pistes sont citées dans le rapport, susceptibles de diminuer cette pression, parmi lesquelles :

- prévenir les risques en amont, le chômage notamment, en créant des emplois de qualité en suffi-

sance et en garantissant l'acquisition des savoirs de base pour tous (enseignement et formation) ou la maladie et l'invalidité, en réduisant les inégalités sociales de santé (politique de santé qui influe sur tous les déterminants : logement, emploi, enseignement, participation sociale) ;

- diversifier les sources de financement de la sécurité sociale ;
- mettre en œuvre la recommandation sur l'inclusion active d'une manière cohérente, en se basant sur les trois axes qui sont reliés entre eux: un revenu minimum adéquat, l'accès à des services de qualité et un accompagnement vers des emplois de qualité.

Renforcer les droits de tous pour tous

Les mesures sélectives, au sein de la sécurité sociale, ont tendance à se multiplier, vu la pression qui pèse sur celle-ci. Elles présentent pourtant de nombreux inconvénients : un coût administratif plus élevé, la stigmatisation des bénéficiaires, une plus grande insécurité pour les allocataires, le risque accru que ces derniers ne réclament pas leur droit. Elles bénéficient en outre d'une légitimité moindre. Elles contribuent à rendre floue la différence entre assistance sociale et sécurité sociale, accentuant la notion de besoin au sein de cette dernière. Nous plaçons en faveur d'une politique générale assortie du souci de ne laisser personne au bord du chemin. Des mesures sélectives sont parfois nécessaires ; elles ne peuvent devenir la pierre angulaire de la sécurité sociale.

Revoir le statut cohabitant

Le statut cohabitant se traduit par des allocations d'un montant moins élevé que celles prévues pour la catégorie des isolés et par une fragilisation des solidarités familiales et sociales. L'existence d'un tel statut en sécurité sociale pose encore davantage question puisqu'il se fonde sur la notion de besoin, en tension avec le principe assurantiel qui caractérise la sécurité

sociale (un cohabitant ayant cotisé comme un isolé perçoit une allocation moindre). Le statut cohabitant pose aussi question au regard de l'égalité entre les femmes et les hommes. Nous recommandons donc de

- supprimer le statut cohabitant en sécurité sociale ;
- revoir les montants des allocations au taux cohabitant en assistance sociale (l'économie d'échelle que le cohabitant est censé réaliser est fortement surestimée) ;
- réaliser une étude relative aux véritables avantages et inconvénients de ce statut, en termes de dépenses publiques mais aussi de 'coût' pour les personnes concernées (fragilisation du réseau familial et social notamment).

pour le diminuer le sont tout autant. Nous recommandons de

- simplifier au maximum les législations relatives à la sécurité sociale et à l'assistance sociale, notamment en évitant de multiplier les mesures sélectives et les statuts différents ;
- poursuivre les efforts en vue d'automatiser l'ouverture des droits ;
- simplifier au maximum les formalités administratives à charge de l'ayant droit potentiel ;
- intensifier les démarches pro-actives d'information dans le respect de la vie privée.

Sécuriser les passages d'un statut à un autre

Les passages d'un statut à l'autre constituent des moments difficiles dans le parcours des personnes pauvres et ils sont relativement fréquents. Nous recommandons de

- maintenir durant un certain temps les avantages sociaux liés à un statut, lors de la perte de celui-ci (c'est déjà le cas dans certaines réglementations) ;
- poursuivre l'harmonisation des définitions des concepts auxquelles se réfèrent différentes réglementations ;
- promouvoir la collaboration entre institutions (mutualités, CPAS, parastataux sociaux, syndicats,...) pour faciliter la transition d'un statut à l'autre.

Lutter contre le non-recours aux droits

La reconnaissance formelle d'un droit ne garantit en aucune manière sa mise en œuvre, d'autant moins que l'ayant droit potentiel vit dans des conditions socio-économiques défavorables. Les raisons du non-accès aux droits sont multiples, les initiatives possibles

ANNEXES

1. Liste des personnes et organisations impliquées dans l'élaboration du Rapport

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, d'une manière ou l'autre, ont contribué à la rédaction du Rapport 2012-2013.

ADRIAENS Fien (ABVV-senioren) ; AHKIM Ahmed (Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie) ; ALEXANDRE Sébastien (Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique (SMES-B)) ; ALLOUACHE Aïda (Collectif Solidarité Contre l'Exclusion) ; BAEKEN Brigitte (VDAB) ; BAERT Geneviève (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; BAEYENS Petra (Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding – Observatorium voor migraties / Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme - Observatoire migration) ; BEELAERTS Katelijne (VDAB, Werk-Welzijn) ; BENAYYAD Samira (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) / Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (HZIV)) ; BETRAINS Roland (ACLBV-Senioren) ; BLONDEEL Dominique (Union Nationale des Mutualités Socialistes / Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten) ; BOONE Fred (Samenlevingsopbouw West-Vlaanderen) ; BOUSMANS Théo (S-Plus) ; BRIELS Griet (Netwerk tegen Armoede) ; BRION Florence (Délégué général aux droits de l'enfant) ; CASTERMANS Samira (Netwerk tegen Armoede) ; CHERENTI Ricardo (Fédération des CPAS de l'Union des Villes et des Communes de Wallonie (UVCW)) ; CLAERHOUT Tim (Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding / Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme) ; CLAUDE Françoise (Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS)) ; CLAUS Michèle (VBO – FEB) ; COCKHUYT Pascale (vzw Wieder) ; COCQUYT Caroline (ABVV-senioren) ; COEMANS Yves (Gezinsbond) ; CONTIPELLI Fabio (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)- afdeling maatschappelijke integratie en werk) ; CORNET Chantal (Luttes Solidarités Travail) ; CROP Marcel (SPF Sécurité Sociale - DG Indépendants / FOD Sociale Zekerheid -DG Zelfstandigen) ; DAMIEN Sophie (Médecins du Monde / Dokters van de wereld) ; DAENENS Sabine (Kabinet van Minister Brigitte Grouwels) ; DARON Cécile (La Ligue des Familles) ; DE BAETS Véronique (Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes / Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen) ;

DE CLERCQ Jan (Liberaal Verbond voor Zelfstandigen (LVZ)) ; DE COCK An (Vlaams Patiëntenplatform) ; DE DONDER Annick (Vlaamse Ouderenraad) ; DE MEESTER Niek (OKRA) ; DE RANTER Annemie (KAAP (Armoedewerking CM Oostende)) ; DE SPIEGELEER Tom (Landsbond Christelijke Mutualiteit / Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) ; DE SWERT Gilbert ; DE VOS Anne (MUTUALITE SOLIDARIS NAMUR) ; DEBAST Nathalie (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG)) ; DECHAMPS Ivan (Union Nationale des Mutualités Socialistes / Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten) ; DECLERCK Lieve (Gezinsbond) ; DECOSTER Jos (Boeren op een kruispunt) ; DECRAENE Patricia (Riso Vlaams-Brabant) ; DEFAUX Andrée (Luttes Solidarités Travail) ; DEFLOOR Sarah (Vlaams Patiëntenplatform) ; DEGERICKX Heidi (Vierdewereldgroep Mensen voor mensen vzw) ; DEITEREN Caroline (Unizo) ; DEJONGHE Werner (Groen+) ; DEKEYSER Christian (SPF Sécurité Sociale / FOD Sociale Zekerheid) ; DEKONINCK Christine (AVCB - Section CPAS / VSGB - Afdeling OCMW) ; DELAERE Olivier (Tussenstap) ; DESBONNET Denis (Collectif Solidarité Contre l'Exclusion) ; DESMET Béatrice (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) / Hulpkas voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (HZIV)) ; DEVOS Luk (Vlaamse Ouderenraad) ; D'HONDT Bert (Welzijnzorg) ; DOMBRECHT Petra (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) - afdeling maatschappelijke integratie en werk) ; DEWULF Koen (Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding – Observatorium voor migraties / Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme - Observatoire migration) ; DOYEN Pierre (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; DUPONT Lore (Vlaams Patiëntenplatform) ; DUPONT Vincent (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; ENGLERT Marion (Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale – Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad) ; ESTORET Daphné (SPP Intégration sociale / POD Maatschappelijke intégration) ; ETCHEGARAY Sylvain (Ligue Libérale des Pensionnés) ; FATMA Yildiz (POD Maatschappelijke Intégration, Armoedebestrijding en Sociale Economie / SPP Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté et Economie Sociale) ; FATZAUN

Karin (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft) ; FELTESSE Patrick (Aînés du MOC) ; FEYAERTS Gille (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad / Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale) ; FIERENS Micky (Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)) ; FLOREAL Annick (FOD Sociale Zekerheid / SPF Sécurité Sociale) ; FLORES Carmen (VDAB Antwerpen, Werk-Welzijn) ; FOCKE Riccy (Boeren op een kruispunt) ; FRANCART Renaud (UCM) ; GALERIN Muriel (RSVZ-INASTI) ; GEUKENS Hanne (Welzijnsschakels) ; GODEMONT Jozefien (Welzijnsschakels) ; GRAWEZ Charlotte (Espace Seniors) ; GUNS Annemie (Landsbond Christelijke Mutualiteit / Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) ; HAEVE Kathleen (Federatie van Vlaamse OCMW-maatschappelijk werkers) ; HARDAT Philippe (Actiris) ; HARDY Joffroy (Relais Social du Pays de Liège) ; HARDY Peter (Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)) ; HENDRICK Pierre (ATD Quart Monde / ATD Vierde Wereld et Maison médicale Vieux Molenbeek) ; HEYMANS Stéphane (Médecins du Monde / Dokters van de wereld) ; HOUBEN Joelle (Relais Social du Pays de Liège) ; HOREMANS Danny (Welzijnszorg) ; HUYGENS Suzanne (Relais Social de Charleroi) ; JANSSEN Luc (Coordination des associations des seniors (CAS) / Comité Consultatif du secteur des Pensions) ; JANSSENS Diederik (Welzijnsschakels) ; KAPITA KAMBA Martine (Collectif des Femmes de Louvain-la-Neuve) ; LADURON Viviane (Union Nationale des Mutualités Libres) ; LANGLOIS Dominique (La Rochelle) ; LARDINOIS Fabien (Luttes Solidarités Travail) ; LEBON Sarah (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) / Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering (HZIV)) ; LECLEF Annie (Mutualités Socialistes / Socialistische Mutualiteiten) ; LEGAYE Annette (Le Forem) ; LEKIEN Brigitte (Relais Santé - CPAS de Liège) ; LELIE Peter (FOD Sociale Zekerheid - SPF Sécurité Sociale) ; LERUSE Laurence (Agricall) ; LEYTENS Kaat (OCMW Antwerpen) ; LINSSEN Hilde (Netwerk tegen Armoede) ; LENTZ Anaïs (Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie) ; MAHY Christine (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; MARON Leila (Union Nationale des Mutualités Socialistes / Nationaal verbond van Socialistische Mutualiteiten) ; MARTIN Valentine (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; MARYNISSEN Veerle (VDAB, Werk-Welzijn) ; MASURE Jurgen (ABVV-senioren) ; MATHIEU Marie

(Infirmiers de Rue asbl / Straatverplegers vzw) ; MATTHEEUWS Christine (NSZ / SNI) ; MEESEN Emilie (Infirmiers de Rue asbl / Straatverplegers vzw) ; MERTENS Vadim (Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie) ; MEULEMANS Bert (Boerenbond) ; MOERENHOUT Mie (Vlaamse Ouderenraad) ; MOESTERMANS Herlindis (Nederlandstalige Vrouwenraad) ; NAÏTO Kusuto (Énéo - Mouvement social des aînés) ; NEVEJAN Hendrik (Centrale Raad voor het Bedrijfsleven / Conseil Central de l'Économie) ; NICAISE Betty (Fédération des Centres de Services Sociaux) ; NICAISE Ides (Hoger Instituut voor de Arbeid - Katholieke Universiteit Leuven) ; NIEUWENHUYTS Céline (Fédération des Centres de Services Sociaux) ; NISEN Laurent (Panel Démographie Familiale - ULg) ; OTJACQUES Marc (Luttes Solidarités Travail) ; OTTE Ann (VDAB) ; PALSTERMAN Paul (CSC Service d'études / ACV Studiedienst) ; PANNEELS Anne (FGTB Service d'études fédéral / ABVV Federale Studiedienst) ; PASQUALICCHIO Nicolas (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) / Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering (HZIV)) ; PATAER Paul (Groen+) ; PEELMAN Marc (ACV Werkzoekendenwerking) ; PEETERS Jean (Front commun des SDF) ; PERDAENS Annette (Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad) ; PETERS Gaëlle (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; PILETTE Geneviève (L'atelier des droits sociaux) ; PINET Jean-Pierre (ATD Quart Monde / ATD Vierde Wereld) ; PROESMANS Arne (Netwerk tegen Armoede) ; REMAN Pierre (FOPES-UCL) ; RENAULT Mickael (Réseau wallon de lutte contre la pauvreté) ; ROCHTUS Karine (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten / Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) ; RODRIGUEZ Pedro (CSC - Travailleurs sans emploi) ; ROMMEL Steven (Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen) ; ROSENFELDT Michel (FGTB-ABVV) ; ROUSSEAU Benoît (SDI / SDZ) ; SAROLEA Aurore (Luttes Solidarités Travail) ; SCHAECK Bernadette (l'aDAS - Défense des Allocataires Sociaux) ; SCHMITZ Patricia (Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique (SMES-B)) ; SCHMITZ Dominique (Office national des Pensions / Rijksdienst voor Pensioenen) ; SEBRECHTS Chris (RVA / ONEM) ; SLEGERS Sabine (ACVLB / CGSLB) ; SNICK Anne (Flora vzw) ; STEENSSSENS Katrien (HIVA-KULEuven) ; STEINBACH Christine (Equipes populaires) ; STORMS Hannelore (Vlaams Patiëntenplatform) ; SUETENS Myriam (Vereniging

van Wijkgezondheidscentra (VWGC)) ; SZEKER Ria (De Fakkel) ; TASSYNS Irene (De Lege Portemonnees) ; TAVERNIER Erwin (RSVZ-INASTI) ; TAYMANS Bernard (Fédération Wallonne des Assistants Sociaux de CPAS (FéWASC)) ; TORINO Cindy (Centre pour Entreprises en difficulté - Beci) ; UYTRELST André (Front commun des SDF) ; VAN BREEN Herman (ATD Vierde Wereld / ATD Quart Monde) ; VAN CAMP Guy (FOD Sociale Zekerheid - SPF Sécurité Sociale) ; VAN DAM Rudi (FOD Sociale Zekerheid - SPF Sécurité Sociale) ; VAN DE PUTTE Marie (Agricall) ; VAN DE VELDE Guy (FOD Sociale Zekerheid, DG Personen met een handicap / SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées) ; VAN LANCKER Wim (Centrum Sociaal Beleid Herman Deleeck - Universiteit Antwerpen) ; VAN RANST Roger (Vlaams Actieve Senioren) ; VAN WILDERODE Herman (RKW / ONAFTS) ; VANCOPPENOLLE Véronique (CAW Oost-Vlaanderen) ; VANDEKERCKHOVE Jan (Liberaal Verbond voor Zelfstandigen (LVZ) - Vormingsdienst) ; VANDERBORGHT Muriel (Equipes populaires) ; VANDEVELDE Carine (L'atelier des droits sociaux) ; VANDYSTADT Edouard (FOD Sociale Zekerheid DG Zelfstandigen / SPF Sécurité Sociale DG Indépendants) ; VANHAUWAERT Frederic (Netwerk tegen Armoede) ; VANHOREBEEK Heidi (ACLVB - Federale Studiedienst / CGSLB – Service d'études fédéral) ; Julie VANOOTEGHEM (FOD Sociale Zekerheid DG Zelfstandigen / SPF Sécurité Sociale DG Indépendants) ; VANTRAPPEN Sven (ABVV Vorming en Actie voor werklozen) ; VERBEKE Didier (Luttes Solidarités Travail) ; VERBIEST Dries (Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (HZIV) / Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)) ; VERHAS Christel (Gezinsbond) ; VERMOERE Pol (Tussenstap) ; VERSCHOORE Dirk (Efrem vzw) ; VINIKAS Bruno (Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté) ; VITALI Rocco (Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté) ; VRINTS Lutgard (Gezinsbond) ; WIJSHOF Kristel (OKRA) ; WUYTS Michel (Fedipius) ; ZEPP Sandra (Centre de Médiation des Gens du Voyage et des Roms en Wallonie).

Malgré le soin apporté à la confection de cette liste, il est possible que certaines personnes ou organisations n'y figurent pas ou soient mentionnées de façon erronée. Nous leur présentons d'avance nos excuses.

Nous remercions aussi toutes les personnes que nous avons interviewées et celles qui ont rendu possible l'entretien.

Nous remercions les participants à la journée organisée à Eupen.

Nous remercions également les membres de la Commission d'Accompagnement.

2. Accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté

L'Accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté a été signé à Bruxelles le 5 mai 1998. Il a été approuvé par :

- la Communauté flamande, décret du 17 novembre 1998, M.B. du 16 décembre 1998
- l'Etat fédéral, loi du 27 janvier 1999, M.B. du 10 juillet 1999
- la Communauté française, décret du 30 novembre 1998, M.B. du 10 juillet 1999
- la Communauté germanophone, décret du 30 novembre 1998, M.B. du 10 juillet 1999
- la Région wallonne, décret du 1er avril 1999, M.B. du 10 juillet 1999
- la Région de Bruxelles-Capitale, ordonnance du 20 mai 1999, M.B. du 10 juillet 1999

Texte de l'Accord

Vu l'article 77 de la Constitution ;

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réforme des institutions, notamment l'article 92bis, § 1, inséré par la loi spéciale du 8 août 1988 et modifié par la loi spéciale du 16 juillet 1993 ;

Vu la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises, notamment les articles 42 et 63 ;

Vu la loi du 31 décembre 1983 de réformes institutionnelles pour la Communauté germanophone, notamment l'article 55bis, inséré par la loi du 18 juillet 1990 et modifié par la loi du 5 mai 1993 ;

Vu la décision du Comité de concertation Gouvernement fédéral - Gouvernements des Communautés et des Régions du 3 décembre 1997 ;

Considérant que la précarité d'existence, la pauvreté et l'exclusion sociale, économique et culturelle, fût-ce d'un seul être humain, portent gravement atteinte à la dignité et aux droits égaux et inaliénables de tous les êtres humains ;

Considérant que la restauration des conditions de la

dignité humaine et de l'exercice des droits de l'Homme définis par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 et par les deux Pactes internationaux relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels, et aux droits civils et politiques du 19 décembre 1966 est un objectif commun de chaque Autorité du pays ;

Considérant que la réalisation de cet objectif passe, notamment, par un effort constant de chaque Autorité, tant de son côté qu'en coordination avec les autres pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de prévention de la précarité d'existence, de lutte contre la pauvreté et d'intégration des personnes dans la société ;

Considérant que la sécurité sociale est prioritaire pour le maintien de la cohésion sociale, pour la prévention de la précarité, de la pauvreté et des inégalités sociales et pour l'émancipation de l'être humain ;

Considérant qu'il importe d'assurer la continuité de ces politiques d'intégration, notamment par l'adaptation et le développement des services publics ;

Considérant que la participation de toutes les personnes concernées par ces politiques d'intégration, dès leur élaboration, doit être garantie par les Autorités ;

- l'Etat fédéral, représenté par le Premier Ministre, la Ministre des Affaires sociales, la Ministre de l'Emploi et du Travail chargée de la Politique d'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes, le Ministre de la Santé publique et des Pensions et le Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale ;
- la Communauté flamande et la Région flamande, représentées par son Gouvernement, en la personne du Ministre-Président et des Ministres chargés de la coordination de la politique pauvreté ainsi que de l'aide aux personnes ;
- la Communauté française, représentée par son Gouvernement en la personne de la Ministre-Présidente ;
- la Communauté germanophone, représentée par son Gouvernement, en la personne du Ministre-Président et du Ministre de la Jeunesse, de la Forma-

- tion, des Médias et des Affaires sociales ;
- la Région wallonne, représentée par le Ministre-Président et le Ministre de l'Action sociale ;
- la Région de Bruxelles-Capitale, représentée par le Ministre-Président ;
- la Commission communautaire commune, représentée par les membres du Collège réuni chargés de l'Aide aux Personnes.

Ont convenu ce qui suit :

ART. 1

Dans le respect de leurs compétences respectives, les parties signataires s'engagent à poursuivre et à coordonner leurs politiques de prévention de la précarité d'existence, de lutte contre la pauvreté et d'intégration des personnes dans la société, sur la base des principes suivants :

- la concrétisation des droits sociaux inscrits à l'article 23 de la Constitution ;
- un accès égal pour tous à tous ces droits, ce qui peut également impliquer des mesures d'action positive ;
- l'instauration et le renforcement des modalités de participation de toutes les Autorités et personnes concernées, en particulier les personnes vivant dans un état de pauvreté, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques ;
- une politique d'intégration sociale est une politique transversale, globale et coordonnée, c'est-à-dire qu'elle doit être menée dans tous les domaines de compétence et qu'elle requiert une évaluation permanente de toutes les initiatives et actions entreprises et envisagées.

ART. 2

A cet effet, les parties signataires s'engagent à contribuer, chacune dans la limite de ses compétences, à l'élaboration d'un Rapport sur la Précarité, la Pauvreté, l'Exclusion sociale et les Inégalités d'accès aux droits, ci-après dénommé «le Rapport». Celui-ci est rédigé tous les deux ans pour le mois de novembre par le «Service de lutte contre la pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale» prévu à l'article 5 du présent accord, sur la base des contributions des parties. Le Rapport est établi dans les trois langues nationales.

Il contient au moins :

- une évaluation de l'évolution de la précarité des conditions d'existence, de la pauvreté et de l'exclusion sociale sur la base des indicateurs définis conformément à l'article 3 ;
- une évaluation de l'exercice effectif des droits sociaux, économiques, culturels, politiques et civils ainsi que des inégalités qui subsistent en matière d'accès aux droits ;
- un inventaire et une évaluation des politiques et des actions menées depuis le précédent rapport ;
- des recommandations et des propositions concrètes en vue d'améliorer la situation des personnes concernées dans tous les domaines visés au présent article, tant à long terme qu'à court terme.

ART. 3

Après concertation avec le monde scientifique, les administrations et institutions compétentes, les interlocuteurs sociaux et les organisations dans lesquelles les personnes les plus démunies s'expriment, les parties signataires examineront quels sont les indicateurs quantitatifs et qualitatifs et les instruments qui peuvent être utilisés et/ou élaborés afin d'analyser l'évolution dans tous les domaines visés à l'article 2 de façon à permettre aux Autorités compétentes d'intervenir de la manière la plus adéquate. Une première série d'indicateurs sera déterminée pour le 15 novembre 1998.

Dans le respect des lois et règlements relatifs à la protection de la vie privée des individus, les parties signataires s'engagent à mettre gratuitement à la disposition du Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale, toutes les données au sujet desquelles un accord préalable sera intervenu, ou à faciliter l'accès à ces données si elles appartiennent à des services extérieurs. Les parties signataires ont également accès à ces données.

ART. 4

§ 1. Le Rapport est remis via la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale mentionnée à l'article 9 au Gouvernement fédéral ainsi qu'aux Gouvernements des Communautés et des Régions, qui s'engagent à le transmettre à leurs Conseils, Parlements ou Assemblées.

§ 2. Dans le mois qui suit sa réception, le Rapport est transmis par le Gouvernement fédéral au Conseil National du Travail et au Conseil Central de l'Economie, qui rendent un avis dans le mois, à propos notamment des domaines qui relèvent de leurs missions. Selon la même procédure, les Communautés et les Régions demandent également un avis à leurs propres organes d'avis compétents dans ce domaine.

§ 3. Toutes les parties signataires s'engagent à tenir un débat relatif au contenu du Rapport et des avis et, en particulier, aux recommandations et propositions formulées dans le Rapport.

ART. 5

§ 1. Afin de mettre en œuvre ce qui précède un « Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale » est créé avec pour missions de :

- répertorier, systématiser et analyser les informations en matière de précarité d'existence, de pauvreté, d'exclusion sociale et d'accès aux droits sur la base des indicateurs définis conformément à l'article 3 ;
- formuler des recommandations et des propositions concrètes en vue d'améliorer les politiques et les initiatives de prévention de la précarité d'existence, de lutte contre la pauvreté et d'intégration des personnes dans la société ;
- rédiger, au moins tous les deux ans, un Rapport tel que défini à l'article 2 ;
- à la demande d'une des parties signataires, de la Conférence interministérielle pour l'Intégration sociale ou d'initiative, émettre des avis ou rédiger des rapports intérimaires sur toute question relative aux domaines relevant de ses missions ;
- organiser une concertation structurelle avec les plus démunis.

§ 2. Pour réaliser les objectifs définis sous § 1er, le Service associe d'une manière structurelle et continue à ses travaux les organisations dans lesquelles les personnes les plus démunies s'expriment, en faisant usage de la méthodologie basée sur le dialogue, telle qu'elle a été déve-

loppée lors de l'élaboration du « Rapport Général sur la Pauvreté ».

Le Service peut également faire appel à toute personne ou organisation publique ou privée ayant expertise en la matière.

ART. 6

§ 1. Le Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale est trilingue et est créé au niveau fédéral, au Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme. Il est subsidié par tous les partenaires. Pour 1998, un budget de vingt millions de francs est mis à disposition :

- 15.000.000 francs par l'Etat fédéral ;
- 2.800.000 francs par la Communauté flamande et la Région flamande ;
- 1.700.000 francs par la Région wallonne (en concertation avec les Communautés française et germanophone) ;
- 500.000 francs par la Région de Bruxelles-Capitale (en concertation avec la Commission communautaire commune).

Les montants sont indexés annuellement. Le budget peut être adapté moyennant l'accord de toutes les parties concernées après évaluation, par un avenant au présent accord de coopération.

Les montants sont versés pour le mois de mars de l'année à laquelle ils se rapportent.

§ 2. Une collaboration permanente et structurelle doit avoir lieu entre le Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale et les administrations compétentes au niveau des Communautés et des Régions. A cette fin, des collaborateurs scientifiques sont mis, sous une forme ou une autre, à la disposition du Service par les trois Régions, à savoir : 1,5 équivalent temps plein par la Région flamande, 1 équivalent temps plein par la Région wallonne et 1/2 équivalent temps plein par la Région de Bruxelles-Capitale. S'il s'agit de fonctionnaires, ceux-ci continuent à faire partie du personnel de la Région.

§ 3. Dans le respect de leurs compétences et de leurs budgets, les Communautés et les Régions veillent à reconnaître et à encourager des organisations dans lesquelles des personnes démunies s'expriment.

ART. 7

§ 1. Un Comité de Gestion du Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale est mis en place avec les missions suivantes :

- la garantie de la bonne exécution du présent Accord de coopération ;
- sur proposition de la Commission d'Accompagnement prévue à l'article 8, la faculté de recourir à des établissements scientifiques ou à des services d'étude spécialisés qui, étant donnée leur expérience et le matériel dont ils disposent, peuvent assister le Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale dans l'accomplissement de ses missions ; dans ce cas, une convention doit être conclue avec le Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme ;
- l'élaboration pour le Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale d'un projet de budget dont la gestion est strictement séparée de la dotation organique du Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme ;
- la détermination du programme des besoins en personnel et en particulier du profil des fonctions du coordinateur.

§ 2. Le Président et le Vice-Président du Comité de Gestion et le coordinateur du Service de lutte contre la pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale assistent avec voix consultative aux assemblées du Conseil d'administration du Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme quand des points concernant le Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale sont à l'ordre du jour.

§ 3. Outre le Représentant du Premier Ministre qui le préside, le Comité de Gestion se compose de 12 membres, parmi lesquels :

- 4 membres présentés par l'Etat fédéral ;

- 3 membres présentés par la Communauté flamande et la Région flamande ;
- 2 membres présentés par la Région wallonne en concertation avec la Communauté française ;
- 2 membres présentés par la Région bruxelloise en concertation avec la Commission communautaire commune, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 1 membre présenté par la Communauté germanophone.

Ces membres sont désignés en fonction de leurs compétences et de leur expérience dans les domaines visés par le présent Accord de coopération. Ils sont désignés par les Gouvernements respectifs, et sont nommés pour un mandat renouvelable de 6 ans par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.

§ 4. En outre, le Directeur et le Directeur adjoint du Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme ainsi que le coordinateur du Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale sont membres avec voix consultative du Comité de Gestion.

ART. 8

Il est créé une Commission d'Accompagnement qui, sous la présidence du Ministre ou Secrétaire d'Etat compétent pour l'Intégration sociale, accompagne les travaux du Service de Lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale. La Commission d'Accompagnement veille également au respect de la méthodologie et des critères prévus à l'article 3, ainsi qu'au bon avancement du Rapport. La Commission d'accompagnement est composée des membres du Comité de Gestion prévu à l'article 8, auxquels viennent s'ajouter, au moins :

- 4 représentants des interlocuteurs sociaux, présentés par le Conseil National du Travail ;
- 2 représentants des organismes assureurs, présentés par le Collège Intermutualiste National ;
- 5 représentants présentés par les organisations dans lesquelles les personnes les plus démunies s'expriment, dont un représentant des sans-abri ;
- 3 représentants présentés par la Section Aide sociale de l'Union des Villes et des Communes belges.

Ces représentants sont proposés en fonction de leurs compétences et de leur expérience dans les domaines visés par le présent Accord de coopération. Le Comité de Gestion leur octroie un mandat de 6 ans.

ART. 9

En vue de garantir la concertation entre les différents Gouvernements, la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale se réunit au moins deux fois par an.

Dans le respect des compétences des Autorités qui la composent, elle a pour mission de veiller à une approche globale, intégrée et coordonnée des politiques de prévention de la précarité d'existence, de lutte contre la pauvreté et d'intégration des personnes dans la société.

Elle est présidée par le Premier Ministre et préparée en collaboration avec le Ministre ou Secrétaire d'Etat qui a l'Intégration sociale dans ses attributions. Ils en assurent également le suivi. A cet effet, ils font appel à la compétence de la Cellule Pauvreté au sein de l'Administration de l'Intégration sociale et du Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale.

ART. 10

Dans le cadre de la Conférence interministérielle de l'Intégration sociale, les parties signataires évalueront annuellement le fonctionnement du Service de lutte contre la Pauvreté, la Précarité et l'Exclusion sociale et la bonne exécution du présent Accord de coopération.

ART. 11

Le présent Accord de coopération vise à renforcer la mission du Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, telle que définie à l'article 2 de la loi du 15 février 1993 créant un Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, en particulier dans le domaine de la lutte contre toute forme d'exclusion. C'est pourquoi, à l'occasion du renouvellement du Conseil d'administration du Centre, le Gouvernement fédéral invitera le Parlement à tenir compte de ce renforcement sur la base de l'évaluation prévue à l'article 10.

Fait à Bruxelles, le 5 mai 1998, en 7 exemplaires.

- Pour l'Etat fédéral : J.-L. DEHAENE, Premier Ministre ; M. COLLA, Ministre de la Santé publique ; M. DE GALAN, Ministre des Affaires sociales ; M. SMET, Ministre de l'Emploi et du Travail ; J. PEETERS, Secrétaire d'Etat à l'Intégration sociale ;
- Pour la Communauté flamande et la Région flamande : L. VAN DEN BRANDE, Ministre-Président ; L. PEETERS, Ministre des Affaires intérieures, de la Politique urbaine et du Logement ; L. MARTENS, Ministre de la Culture, de la Famille et de l'Aide sociale ;
- Pour la Communauté française : L. ONKELINX, Ministre-Présidente ;
- Pour la Communauté germanophone : J. MARAITE, Ministre-Président ; K.-H. LAMBERTZ, Ministre de la Jeunesse, de la Formation, des Médias et des Affaires sociales ;
- Pour la Région wallonne : R. COLLIGNON, Ministre-Président ; W. TAMINIAUX, Ministre de l'Action sociale ; Pour la Région de Bruxelles-Capitale : CH. PICQUE, Ministre-Président ;
- Pour la Commission communautaire commune : R. GRIJP, D. GOSUIN, Membres du Collège réuni chargés de l'Aide aux Personnes.

Rapport bisannuel 2012-2013

PROTECTION SOCIALE ET PAUVRETÉ

Contribution au débat et à l'action politiques

Bruxelles, décembre 2013

Auteur :

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme
Rue Royale 138, 1000 Bruxelles
T : 02 212 30 00
F : 02 212 30 30
luttepauvrete@cntr.be
www.luttepauvrete.be

Conception graphique et mise en page : d-Artagnan

Impression : Perka (Maldegem)

Éditeur responsable : Jozef De Witte

Coordination générale : Françoise De Boe et Henk Van Hootegeem

Rédaction : Sophie Galand, Veerle Stroobants, Henk Termote, Angela van de Wiel, Henk Van Hootegeem

Recherche documentaire et contribution à la relecture : Ghislaine Adriaenssens, Julien Blanc, Muriel Simon, Joke Swankaert

Dit verslag is ook verkrijgbaar in het Nederlands.

Dieser Zweijahresbericht ist auch in Deutsch erhältlich.

Comment obtenir cette publication ?

Vous pouvez la commander au Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

138 Rue Royale, 1000 Bruxelles

T : 02 212 31 67; 02 212 30 00 (numéro général)

F : 02 212 30 30

luttepauvrete@cntr.be

Prix de cette publication : 15 euros (les frais de poste pour la Belgique sont inclus).

Toutes les commandes doivent être adressées par courrier électronique et livraison après versement sur le compte du Service de lutte contre la pauvreté : 679-0001657-08 avec mention claire de votre nom et 'Rapport pauvreté 2013'.

Cette publication est aussi téléchargeable sur le site web du Service : www.luttepauvrete.be

Le Service encourage le partage des connaissances, mais il insiste sur le respect dû aux auteurs et contributeurs de tous les textes de cette publication. Ce texte ne peut être utilisé comme source d'information que moyennant mention de l'auteur et de la source du fragment. Aucune reproduction, exploitation commerciale, publication ou adaptation partielle ou intégrale des textes ou de tout autre élément protégé par des droits d'auteur ne pourra en être faite sans l'accord préalable et écrit du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Cette publication est imprimée sur du papier FSC / SGS -COC -004434 - sources mixtes.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013).

Protection sociale et pauvreté. Bruxelles : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.



Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

Steunpunt tot bestrijding van armoede,
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Dienst zur Bekämpfung von Armut, prekären
Lebensumständen und sozialer Ausgrenzung

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Rue Royale 138, 1000 Bruxelles



WWW.LUTTEPAUVRETE.BE