



janvier 2018

Charte sociale européenne

Comité européen des Droits sociaux

Conclusions 2017

BELGIQUE

Ce texte peut subir des retouches de forme.

Le présent chapitre concerne la Belgique, qui a ratifié la Charte le 2 mars 2004. L'échéance pour remettre le 11e rapport était fixée au 31 octobre 2016 et la Belgique l'a présenté le 27 octobre 2016. Le Comité a reçu, le 29 mars 2017, des observations de "Service de la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale" exprimant son point de vue sur l'application des articles 11, 12, 13 et 30. Les commentaires du gouvernement sur les observations de "Service de la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale" ont été enregistrés le 28 avril 2017. Le 31 mars 2017, le Comité a reçu des observations de "Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration" exprimant son point de vue sur l'application des articles 3, 12, 13, 14 et 30. Le 31 août 2017, le Comité a reçu des observations de *Belgian Disability Forum* exprimant son point de vue sur l'application des articles 3, 11, 12, 13, 14 et 30.

Conformément à la procédure adoptée par le Comité des Ministres lors de la 1196e réunion des Délégués des Ministres les 2-3 avril 2014, le rapport concerne les dispositions du groupe thématique « Santé, sécurité sociale et protection sociale » :

- droit à la sécurité et à la santé au travail (article 3),
- droit à la protection de la santé (article 11),
- droit à la sécurité sociale (article 12),
- droit à l'assistance sociale et médicale (article 13),
- droit au bénéfice des services sociaux (article 14),
- droit des personnes âgées à une protection sociale (article 23),
- droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale (article 30).

La Belgique a accepté toutes les dispositions de ce groupe excepté l'article 23.

La période de référence est fixée du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2015.

Les Conclusions relatives à la Belgique concernent 18 situations et sont les suivantes :

- 12 conclusions de conformité : articles 3§1, 3§2, 3§4, 11§1, 11§2, 11§3, 12§1, 12§2, 12§3, 13§2, 13§3 et 14§2,
- 4 conclusions de non-conformité : articles 3§3, 12§4, 14§1 et 30.

En ce qui concerne les 2 autres situations, relatives aux articles 13§1 et 13§4, le Comité a besoin d'informations supplémentaires pour être en mesure d'apprécier la situation. Le Comité considère que le défaut des informations demandées constitue un manquement à l'obligation de faire rapport souscrite par la Belgique en vertu de la Charte. Le Comité demande aux autorités de réparer cette situation en fournissant ces informations dans le prochain rapport.

Lors de cet examen, le Comité a relevé les évolutions positives suivantes :

Article 3§2

- Nouvelle législation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2014. Il s'agit notamment de la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996, de la loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 et de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail ;
- Loi du 4 août 1996, telle que modifiée par la loi du 28 février 2014, concernant la prévention des risques psychosociaux au travail dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. L'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail complète ces nouvelles dispositions. Loi du 26 février 2016 qui adapte les dispositions pénales du Code pénal social à ces nouvelles obligations ;
- Arrêté royal du 10 octobre 2012 qui fixe les exigences de base auxquelles les lieux de travail doivent répondre, notamment les règles générales sur l'aménagement, l'éclairage, l'aération, la température, les équipements sociaux dont les installations sanitaires, et les sièges de travail et de repos.

Article 3§3

En vertu de l'arrêté royal du 10 juillet 2013 portant exécution du chapitre 5 intitulé « Réglementation de certains aspects de l'échange électronique d'information entre les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale » du titre 5 du livre 1er du Code pénal sociale, modifié par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, les inspecteurs sociaux de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale sont habilités à établir leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique (e-PV).

Article 12§3

En matière de santé, des mesures ont été prises entre autres pour modérer les prix des médicaments et mieux protéger les personnes atteintes d'une affection chronique, notamment en étendant l'application obligatoire à ces personnes du régime du tiers-paya

Article 30

- En Flandre, le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté a été modifié le 20 décembre 2013, ce qui a permis à l'Autorité flamande de subventionner les collectivités locales pour développer et soutenir les initiatives locales de lutte contre la pauvreté infantile ;
- En Wallonie, différentes mesures ont été prises depuis 2012 afin de mettre en place une approche globale et coordonnée qui puisse favoriser l'accès aux droits sociaux que constituent notamment l'emploi, le logement, la culture et l'assistance médicale. Le 10 septembre 2015, un premier plan transversal de lutte contre la pauvreté a été adopté, en vue d'apporter des réponses concrètes et efficaces à des difficultés précises rencontrées par les personnes qui risquent de se trouver en situation de pauvreté ;
- Le Gouvernement de la Communauté germanophone en 2013 a réalisé une étude concernant la pauvreté et la vulnérabilité sociale au sein de sa population et a mené en 2014 et 2015, sur la base de cette analyse, une action organisée en trois phases : (1) dégager les caractéristiques de la population visée par l'action sociale et de voir comment déployer le dispositif d'aide sur le territoire de la Communauté germanophone, en partant d'une comparaison avec la situation des autres Communautés de l'Etat fédéral belge ; (2) recueillir des données en faisant appel à un échantillon de situations tirées de la vie réelle (3) phase analytique, qui a permis à la Communauté germanophone d'établir un réseau d'action sociale ;
- L'Etat fédéral et les entités fédérées ont signé en 2014 un accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez-soi, qui vise à poursuivre, coordonner et harmoniser leurs politiques en vue de prévenir et combattre ces phénomènes.

* * *

*

Le prochain rapport que doit soumettre la Belgique est un rapport simplifié qui concerne le suivi donné aux décisions sur le bien-fondé des réclamations collectives suivantes au sujet desquelles le Comité a constaté une violation.

L'échéance pour soumettre ce rapport était le 31 octobre 2017. Le rapport a été enregistré le 30 octobre 2017.

* * *

*

Les Conclusions et les rapports sont disponibles sous www.coe.int/socialcharter ainsi que dans la base de données HUDOC.

Article 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Paragraphe 1 - Sécurité, santé et milieu du travail

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Objectif général de la politique

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé les résultats de la Stratégie nationale et de l'enquête sur l'état de la santé et de la sécurité au travail. Concernant les résultats de la Stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2008-2012, le rapport indique une diminution globale des accidents du travail de 10 % (objectif fixé – 25 %), un changement de comportement chez les travailleurs par la promotion d'une culture de prévention des risques, l'amélioration du fonctionnement des services de prévention, notamment quant aux PME. Le rapport tire en outre certains constats découlant de l'exécution de cette stratégie comme un manque d'engagement dans la stratégie, un cadre insuffisamment dessiné, un manque de structure dans la définition des objectifs et la mise en œuvre, un manque de communication à propos des objectifs stratégiques et opérationnels, et des pistes possibles relatives à la structure et au contenu de la nouvelle stratégie (l'employabilité durable par la qualité du travail, le renforcement des structures de prévention et de la culture de la prévention, etc.).

Le Comité prend note des résultats d'une étude réalisée en 2013 ayant pour but de présenter une évaluation de ladite Stratégie et un premier plan de la future stratégie nationale 2013-2020 détaillée dans le rapport. En outre, il prend note des principaux résultats d'une étude sur la qualité du travail et de l'emploi en Belgique effectuée par un consortium de chercheurs belges sur la base des informations recueillies par le biais de l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT-2010).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé les évolutions du cadre législatif et réglementaire intervenues en cours de période de référence, y compris si les politiques et les stratégies sont réexaminées périodiquement et, le cas échéant, adaptés en fonction de l'évolution des risques. Le rapport note que, sur la base de l'évaluation de la stratégie nationale 2008-2012, une nouvelle stratégie nationale 2016-2020 était en cours d'élaboration pendant la période de référence. Selon le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale de la Belgique, la Stratégie nationale belge en matière de bien-être au travail a été élaborée pour la période 2016-2020. Elle établit un certain nombre d'objectifs stratégiques et opérationnels et les actions à entreprendre pour les atteindre, et constitue la transposition belge du cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020. Néanmoins, la Stratégie a été introduite en dehors de la période de référence, par conséquent, le Comité l'examinera dans son prochain rapport.

Le Comité rappelle que les technologies nouvelles, les contraintes d'ordre organisationnel et les exigences psychologiques favorisent l'émergence de facteurs de risque psychosociaux qui peuvent être à l'origine de stress, d'agressions, de violence et de harcèlement dans le travail. Il rappelle également que, s'agissant de l'article 3§1 de la Charte, le Comité tient compte du stress, des agressions et de la violence dans le travail lorsqu'il est amené à examiner si les politiques sont régulièrement évaluées ou revues à la lumière des risques nouvellement apparus. Les Etats parties doivent mener des activités en matière de recherche, de connaissance et de communication consacrées aux risques psychosociaux (Observation interprétative de l'article 3§1 de la Charte, Conclusions 2013). Dans ce cadre, le Comité note que, selon le rapport, les risques psychosociaux au travail doivent être pris en compte dans la politique de prévention de l'entreprise suite à l'entrée en vigueur d'une nouvelle législation le 1^{er} septembre 2014 (Moniteur belge le 28 avril 2014).

Le Comité maintient son précédent constat de conformité sur ce point.

Organisation de la prévention des risques professionnels

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations concernant l'évaluation et la gestion des risques professionnelles dans les secteurs non couverts par des guides sectoriels. Le rapport indique que l'employeur est chargé de la mise en place dans son entreprise du système dynamique de gestion des risques et de la réalisation de l'analyse des risques afin de déterminer les mesures de prévention appropriées. Cette analyse doit couvrir tous les domaines du bien-être au travail (santé, sécurité, aspects psychosociaux, ergonomie, hygiène du travail et aspects psychosociaux du travail). Selon le rapport, l'employeur a une obligation de résultats en termes de préventions. Le Comité prend note des méthodes d'analyse disponibles détaillées dans le rapport et de la manière dont l'identification, l'évaluation et la gestion des risques professionnels sont envisagées au sein des entreprises.

En réponse à la question du Comité concernant le rôle de l'Inspection du travail dans le développement de la culture de sécurité et de santé au travail et le partage des connaissances en matière de risques et de prévention acquises au fil des visites de contrôle et des activités de prévention (Conclusions 2013), le rapport détaille la culture liée au bien-être au travail que la Direction générale Contrôle du bien-être (DG CBE) essaie d'améliorer. Elle vise tous les travailleurs sous une forme de travail sous autorité de manière homogène sur l'ensemble du pays afin d'améliorer le bien-être au travail par des contrôles plus efficaces en collaboration avec les partenaires spécialisés. En outre, elle vise à améliorer le cadre légal et la formation des inspecteurs.

Le rapport indique également la création d'une cellule « formation » au sein de la DG CBE qui détermine les besoins de formation, établit les plans annuels de ces besoins et les plans de formations. En outre, il a été créé un réseau d'experts pour chaque domaine du bien-être et une Direction de la connaissance transversale pour les structures organisationnelles qui se penche sur l'interprétation et l'application de la réglementation et élabore des guides pour les inspecteurs. Selon le rapport, le temps restant est utilisé pour les campagnes d'inspections au niveau local et national avec une journée de formation préalable.

En réponse aux autres questions du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que l'article 33 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail dispose que chaque employeur a l'obligation de créer un service interne pour la prévention et la protection au travail et de disposer d'au moins un conseiller en prévention. Ce même article précise que l'employeur peut remplir lui-même cette fonction dans les entreprises de moins de 20 travailleurs. D'après le rapport, cette obligation est respectée par les entreprises et les institutions et dans l'hypothèse où elle ne l'est pas, l'inspection Contrôle du bien-être au travail intervient en imposant la création d'un service interne.

Concernant des précisions sur les missions, les attributions et les activités des services de prévention et de protection, ainsi que sur les conditions dans lesquelles les employeurs s'acquittent de ces missions, attributions et activités dans les entreprises de moins de vingt salariés, le rapport indique que le rôle du service interne consiste à assurer la prévention et la protection en matière de bien-être au travail au sein de l'entreprise. Il doit assister l'employeur et les travailleurs dans l'élaboration de la politique de prévention de l'entreprise, participer à l'analyse des risques, y compris les risques psychosociaux au travail, et des causes de maladies professionnelles, donner un avis sur l'organisation des lieux de travail, élaborer les propositions quant à l'accueil, à l'information et la formation des travailleurs et assurer le secrétariat du Comité pour la prévention et la protection au travail. Si l'employeur ne dispose pas, au sein de l'entreprise, des compétences suffisantes pour effectuer toutes les missions dévolues au service interne, il doit, en plus, faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail. Le Comité note que, d'après le rapport, cela ne dispense pas l'employeur de l'obligation d'avoir un service interne avec au minimum un conseiller. Le Comité prend note de la répartition des tâches entre le service interne et le service externe, en fonction de la taille de l'entreprise et les risques qui y sont présents.

Le Comité constate l'existence de mesures de prévention des risques et de sensibilisation des employeurs et des travailleurs au niveau de l'Etat, des Régions et des entreprises. Il relève également que la Direction générale Contrôle du bien-être participe au développement d'une culture de la santé et de la sécurité parmi les employeurs et les travailleurs et partage les connaissances concernant les risques professionnels et leur prévention qu'il a acquises lors de ses activités d'inspection. La situation est donc conforme à l'article 3§1 de la Charte sur ce point.

Amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs

Le Comité a examiné précédemment (Conclusions 2013) l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail et demandé des informations sur les modalités d'organisation de la recherche scientifique et technique en la matière ainsi que les modalités de participation des organismes publics. Le rapport indique que le Service public fédéral (SPF) Emploi, Travail et Concertation sociale possède un budget pour le financement des recherches en matière de santé et sécurité au travail. La Direction de la recherche sur l'amélioration des conditions de travail (DiRACT) gère les projets de recherche en ce qui concerne la définition des objectifs, réalisation d'un marché public, suivi du projet via un comité d'accompagnement, réception des rapports finaux et diffusion des résultats. Le rapport précise que les organismes qui participent aux marchés publics sont des universités ou des organismes de terrain (par exemple, des services externes de prévention et de protection au travail).

En réponse à la question du Comité concernant la formation des professionnels qualifiés en pratique (Conclusions 2013), le rapport indique que, conformément à l'arrêté royal du 17 mai 2007 relatif à la formation et au recyclage des conseillers en prévention des services internes et externes pour la prévention et la protection au travail, il existe différents niveaux de formation des conseillers en prévention. En outre, le rapport indique les résultats d'une évaluation des formations en matière de bien-être au travail, notamment celles destinées aux conseillers en prévention, réalisée en 2014. Le Comité prend note de ces informations détaillées et constate l'implication des autorités publiques dans la formation des professionnels qualifiés et la définition de programmes de formation.

Le rapport fait référence à plusieurs reprises au site internet du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, qui contient des informations très complètes relatives à la législation et à la réglementation en vigueur, aux résultats des projets de recherche, à la formation des conseillers en prévention interne et des spécialistes ainsi que des questions fréquemment posées en matière de bien-être au travail.

Le Comité constate l'existence d'un système visant à améliorer la sécurité et la santé au travail par la recherche, le développement et la formation.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

En réponse à la question du Comité (Conclusions 2013), le rapport indique que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs par les autorités publiques est effectuée moyennant la consultation du Conseil National du Travail (CNT) et du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (CSPPT) où ces organisations sont représentées. Les deux organismes peuvent remettre des avis sur demande ou d'initiative. Le CNT donne, entre autres, des avis sur la stratégie nationale en la matière. Il a ainsi été sollicité pour donner son avis dans le cadre de la stratégie nationale en matière de bien-être au travail 2016-2020. Le CSPPT donne, entre autres, un avis sur demande du Ministère de l'Emploi concernant notamment des mesures relatives aux domaines décrits dans la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a également demandé des informations concernant la consultation des organes compétents en la matière au sein des entreprises. En réponse, le rapport indique que le Comité pour la prévention et la protection au travail élu par les travailleurs émet des avis et formule des propositions sur la politique de

santé et de sécurité des travailleurs au sein de l'entreprise. En vertu de la loi du 4 août 1996, un tel comité doit exister dans chaque entreprise de moins de 50. Si aucun comité n'est élu, la délégation syndicale dans l'entreprise reprend le rôle et les missions du comité. S'il n'y a pas de délégation syndicale, l'employeur doit directement consulter ses travailleurs en matière de bien-être au travail. Le Comité prend note de la procédure de la participation directe détaillée dans le rapport qui est régie par l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux missions et au fonctionnement des comités pour la prévention et la protection au travail.

Le Comité constate que les organisations d'employeurs et de travailleurs sont consultées lors de la conception et la mise en œuvre de la politique de santé et de sécurité au travail.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 3§1 de la Charte.

Article 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Paragraphe 2 - Règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Contenu de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a réitéré que le rapport doit fournir des informations complètes et à jour des évolutions de la législation et de la réglementation, de l'État et le cas échéant des Régions, intervenues au cours de période de référence. En réponse, le rapport indique que la loi du 4 août 1996 sur le bien-être au travail a été modifiée par la loi du 15 mai 2014 en ce qui concerne les domestiques et les gens de maison. Il s'agit de l'article 2§4 (exclusion des domestiques et gens de maison) qui a été abrogé, néanmoins, selon le rapport, la nouvelle loi n'entrera en vigueur qu'à la date fixée par un arrêté royal (AR).

Le rapport présente également des textes législatifs et réglementaires entrés en vigueur, en matière de santé et de sécurité au travail, durant la période de référence. Ils portent notamment sur la surveillance de santé des travailleurs (AR du 3 avril 2013, du 20 février 2013, du 11 septembre 2013 et du 24 avril 2014), les services de prévention et de protection au travail (AR du 5 novembre 2012 et du 29 janvier 2013), les lieux de travail (AR du 10 octobre 2012, du 4 décembre 2012, du 28 mars 2014), les agents physiques (AR du 4 juin 2012), les agents chimiques et biologiques (AR du 9 mars 2014, du 27 mai 2014, 20 juillet 2015, 17 avril 2013) et les équipements de protection collective (AR du 30 août 2013).

Le Comité souligne qu'au titre de l'article 3§2 de la Charte, la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail doit couvrir le stress, les agressions et la violence spécifiques au travail, et en particulier pour les travailleurs engagés dans des relations de travail atypiques (Observation interprétative de l'article 3§2 de la Charte, Conclusions 2013). Dans ce cadre, le rapport indique la parution d'une nouvelle législation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail pendant la période de référence qui est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2014. Il s'agit notamment de la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996, de la loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 et de l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail.

Le Comité considère que la législation et la réglementation en vigueur satisfont à l'obligation générale prévue par l'article 3§2 de la Charte, qui veut que la grande majorité des risques énumérés dans l'Introduction générale aux Conclusions XIV-2 soient tout particulièrement couverts, selon les niveaux fixés par les normes internationales de référence.

Niveaux de prévention et de protection

Le Comité examine les niveaux de prévention et de protection au travail prévus par la législation et les réglementations en relations avec certains risques.

Mise en place, modification et entretien des postes de travail

Dans sa conclusion précédente (Conclusion 2013), le Comité a demandé des informations concernant les mesures législatives ou réglementaires en vigueur au niveau de l'Etat ou des Régions pour déterminer les niveaux de prévention et de protection contre les risques professionnels spécifiques à la mise en place, l'aménagement et l'entretien des postes de travail. En réponse, le rapport indique que la réglementation demandée est contenue dans l'arrêté royal du 10 octobre 2012 (Moniteur belge, le 5 novembre 2012) qui fixe les exigences de base auxquelles les lieux de travail doivent répondre, notamment les règles générales sur l'aménagement, l'éclairage, l'aération, la température, les équipements sociaux dont les installations sanitaires, et les sièges de travail et de repos. Le Comité note que cet arrêté royal s'applique à chaque lieu comprenant des postes de travail dans

l'entreprise, y compris tout autre lieu sur le terrain de l'entreprise auquel le travailleur a accès dans le cadre de son travail.

Protection contre les substances et agents dangereux

Le Comité note que, selon le rapport, la Directive 2014/27/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 modifiant les directives du Conseil 92/58/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CE, 98/24/CE et la directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil afin de les aligner sur le règlement (CE) n° 1272/2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges, a été transposée en droit interne par l'arrêté royal du 20 juillet 2015.

Le rapport indique également que la directive européenne 2009/161/UE du 17 décembre 2009 établissant une troisième liste de valeurs limites indicatives d'expositions professionnelles a été transposée en droit belge par l'arrêté royal du 9 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 11 mars 2002 relatif à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les mesures adoptées pour intégrer la valeur limite d'exposition de 0,1 fibre/cm³ introduite par la Directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à une exposition à l'amiante pendant le travail. En réponse, le rapport indique que la valeur limite d'exposition figure dans l'arrêté royal du 16 mars 2006 relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante. Le Comité prend note des mesures qui sont imposées pour maintenir le degré d'exposition le plus bas possible et en tous cas, pour qu'ils ne dépassent pas la valeur limitée d'exposition.

Protection des travailleurs contre les radiations ionisantes

Le Comité a conclu précédemment (Conclusions XVI-2, 2007, 2009 et 2013) que le niveau de prévention et de protection relatif aux radiations ionisantes dont bénéficient les travailleurs étaient conforme à l'article 3§2 de la Charte. Il demande si les travailleurs bénéficient d'une protection d'un niveau au moins équivalent à celui fixé par les Recommandations de la Commission internationale de protection contre les radiations (CIPR, publication n° 103, 2007).

Le Comité conclut que les niveaux de prévention et de protection relatifs à l'amiante et les radiations ionisantes dont bénéficient les travailleurs sont conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Champ d'application personnel des règlements

Le Comité examine le champ d'application personnel de la législation et de la réglementation applicables aux travailleurs qui occupent un emploi atypique.

Le rapport indique que le Code pénal social (Livre II) rassemble les incriminations relatives à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail. Il se base sur les dispositions de la loi du 4 août 1996 (Chapitre Vbis), telle que modifiée par la loi du 28 février 2014, concernant la prévention des risques psychosociaux au travail dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. L'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail complète ces nouvelles dispositions. Les procédures individuelles sont ouvertes à l'ensemble des risques psychosociaux au travail. Le rapport indique également que les rôles des différents acteurs en matière de prévention et des mécanismes de prévention collectifs sont également fixés et que le statut de la personne de confiance est modifié. Le Comité note que la loi du 26 février 2016 (en dehors

de la période de référence) adapte les dispositions pénales du Code pénal social à ces nouvelles obligations.

Travailleurs temporaires

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté que les travailleurs intérimaires bénéficiaient globalement des mêmes niveaux de protection et de surveillance de la santé que les travailleurs employés à durée indéterminée. Il a demandé les modalités d'organisation de la représentation des travailleurs intérimaires et de quelle manière les éventuelles infractions à l'arrêté royal du 15 décembre 2010 sont contrôlées et sanctionnées. En réponse, le rapport indique que le cadre légal concernant la mise au travail des intérimaires est réglé par la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à dispositions d'utilisateurs. Pendant la période de travail effectué en conformité avec les prescriptions de ladite loi par l'intérimaire, les règles de travail d'application sur place pour la réglementation sur le bien-être au travail sont valables et les sanctions de la loi bien-être s'appliquent également au travail intérimaire. Selon le rapport, les intérimaires sont représentés par les délégations de travailleurs du Comité pour la Prévention et la Protection au Travail de l'Utilisateur ayant pour but de détecter et de proposer tous les moyens et de contribuer à tout ce qui est entrepris pour favoriser le bien-être des travailleurs. Lorsqu'il n'y a pas un tel Comité au sein de l'entreprise, la délégation syndicale est chargée d'exercer les missions du comité. S'il n'existe ni comité, ni délégation syndicale dans l'entreprise, les travailleurs prennent directement part au traitement des questions concernant le bien-être.

L'arrêté royal du 15 décembre 2010 dispose que l'utilisateur doit demander l'avis du comité sur les fiches de poste de travail (voir Conclusions 2013) qui décrivent le poste de travail de l'intérimaire et les mesures de prévention prises. Sur cette base, les délégations de travailleurs donnent un avis sur les circonstances de travail relatives au bien-être de l'intérimaire. Lors de chaque visite d'inspections, l'inspecteur vérifie également si les prescriptions de l'AR du 15 décembre 2010 sont suffisamment bien appliquées et, en cas de manquement, réagit en fonction de la gravité des faits (un avis ou un avertissement oral, un avertissement écrit ou en imposant des mesures par la rédaction d'un pro-justitia). Le Comité prend note des aspects contrôlés dans ces cas particuliers et note qu'en 2011 (en dehors de la période de référence), 700 infractions à cet arrêté royal ont été constatées.

Autres catégories de travailleurs

Dans ses conclusions précédentes (Conclusions 2013, 2009, 2007 et XVI-2 (2005)), le Comité a conclu que la situation de la Belgique concernant le cadre juridique relatif à la protection des travailleurs indépendants était conforme à l'article 3§2. Le rapport indique que la loi du 15 mai 2014 modifiant la loi du 4 août 1996 en ce qui concerne les domestiques et les gens de maison a pour but de rendre applicable la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, aux travailleurs domestiques et au personnel de maison. Elle entrera en vigueur à une date qui doit encore fixée par arrêté royal. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations complètes et à jour sur ce point et notamment des informations mises à jour concernant l'entrée en vigueur de la loi précitée.

Consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a constaté l'existence d'un système de consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs au niveau des autorités publiques et a demandé des informations actualisées sur la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs par les autorités publiques, spécifiquement sur l'étendue des risques professionnels couverts par la législation et la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, les niveaux de prévention et de protection

accordés par ladite législation et réglementation, ainsi que l'application de cette législation et réglementation aux travailleurs en situation précaire.

En réponse, le rapport indique que la consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs quant à la législation et la réglementation sur le bien-être au travail est effectuée par le biais de la consultation du Conseil National du Travail (CNT) et du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail (CSPPT) où ces organisations sont représentées. Les deux organismes peuvent remettre des avis sur demande ou d'initiative. Le CNT donne, entre autres, des avis sur les projets de loi, sur certains projets de textes réglementaires ainsi que sur la stratégie nationale en la matière. Le CSPPT donne, entre autres, un avis sur demande du Ministère de l'Emploi concernant notamment les projets réglementaires et des mesures relatives aux domaines décrits dans la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Il remet également un avis sur les rapports rédigés par l'administration pour la Commission de l'UE concernant l'exécution pratique des directives sur le bien-être au travail.

Concernant la consultation des organes compétents en la matière au sein des entreprises, le rapport indique que le Comité pour la prévention et la protection au travail élu par les travailleurs émet des avis et formule des propositions sur la politique de santé et de sécurité des travailleurs au sein de l'entreprise (voir également la conclusion du Comité relative à l'article 3§1 de la Charte).

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 3§2 de la Charte.

Article 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Paragraphe 3 - Application des règlements de sécurité et d'hygiène

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Le rapport indique qu'en 2012, le Fonds des Accidents de Travail (FAT) a constaté une baisse de 7,7 % des accidents du travail dans le secteur privé, ce qui a été provoqué par la baisse de 8,6 % du nombre d'accidents sur le lieu de travail et de 1,5 % du nombre d'accidents sur le chemin du travail (22 013). Le nombre d'accidents du travail enregistrés sur le lieu du travail est passé de 135 118, dont il faut encore déplorer 67 décès des suites d'accident, à 121 195 en 2014, dont 59 décès des suites d'accident. Le taux de fréquence des accidents du travail des intérimaires continue à diminuer depuis 2000 et s'élève à 39,33 en 2015, ce qui signifie d'après le rapport, que l'augmentation de l'emploi d'intérimaires augmente plus vite que le nombre des accidents du travail. Le Comité note que les données chiffrées nationales prennent en compte une incapacité totale d'un jour au moins (hors jour de l'accident). Il prend également note des données chiffrées relatives aux accidents sur le lieu de travail pendant la période de référence selon le secteur d'activités économiques détaillées dans le rapport.

Selon les données chiffrées de l'EUROSTAT, en 2014, 65 587 (58 418 en 2012) accidents du travail non mortels ayant occasionné au moins quatre jours civils d'absence ont été enregistré en Belgique et le nombre d'accidents mortels s'est élevé à 52 (49 en 2012). Le taux d'incidence standardisé d'accidents du travail non mortels pour 100 000 travailleurs était de 1 724 en 2014 (2 197 en 2012). A ce propos, le Comité note que la moyenne dans les pays de l'Union européenne (UE-28) était de 1 642 en 2014 (1 717 en 2012). En ce qui concerne les accidents du travail mortels, le taux d'incidence standardisé était de 1,7 en 2014 (2,09 en 2012). La moyenne des autres pays de l'UE-28 était de 2,3 en 2014 (2,42 en 2012). Le Comité note que le taux d'incidence standardisé de la Belgique est similaire au taux moyen dans l'UE-28 à la fin de la période de référence.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé les mesures prises pour contenir le taux globalement élevé des accidents du travail et pour enrayer la recrudescence du nombre de cas de maladies professionnelles. En réponse, le rapport indique qu'afin de diminuer le taux des accidents de travail et de prévenir les maladies professionnelles, plusieurs textes réglementaires accompagnés des explications thématiques, guides et bonnes pratiques ont été publiés et fait référence aux sites internet qui contiennent cette information.

Quant aux maladies professionnelles, le rapport indique qu'il est difficile de présenter des statistiques qui pourraient confirmer les résultats des mesures prises pour enrayer la recrudescence du nombre de cas de maladies professionnelles. Le rapport indique que, d'un côté, les risques spécifiques ont besoin d'une longue période d'application de réglementation, d'un autre côté, les données chiffrées disponibles en cette matière sont basées sur le nombre de demandes d'indemnisations introduites et, suite à la publication d'une réglementation relative à la protection contre une maladie professionnelle, le nombre de cas de maladies professionnelles enregistrées a augmenté. D'après le rapport, une attention particulière a été prêtée aux risques émergents pendant la période de référence et notamment les troubles musculosquelettiques (TMS) et les risques psychosociaux. Le Comité prend note des mesures prises pour aider les entreprises à prévenir tous les risques professionnels.

Selon l'information du rapport statistiques 2015 du Fonds des maladies professionnelles auquel se réfère le rapport, le Comité note que 2 460 cas de maladies professionnelles ont été déclarés par le conseiller en prévention – médecin du travail en 2015.

Sur la base des données chiffrées de deux sources, le Comité constate que même si le nombre total d'accidents du travail a augmenté pendant la période de référence, les taux d'incidence standardisé d'accidents mortels et non mortels restent semblables ou inférieurs aux moyennes observées dans l'UE des 28. Le Comité conclut que la situation est conforme à l'article 3§3 de la Charte sur ce point.

Activités de l'Inspection du travail

Le Comité note que, d'après le profil national belge pour la sécurité et la santé au travail élaboré par la Belgique conformément aux recommandations de l'OIT (2015), la Direction générale Contrôle du bien-être au travail (DG CBE) est l'inspection du travail pour tout ce qui concerne la santé et la sécurité au travail des travailleurs. Elle regroupe les anciennes inspections technique et médicale et a pour but d'assurer, dans le secteur privé et public, le respect de la mise en œuvre des politiques en matière de bien-être au travail en jouant un rôle de conseil, de prévention et de répression.

Le rapport indique que l'application du nouveau Code pénal social depuis 2011 (Conclusions 2013), a un impact important sur le fonctionnement de la Direction générale Contrôle du Bien-être (CBE). Il est décidé le maintien de l'application de la norme ISO9001 et de l'objectif de sa certification. La CBE poursuit sa stratégie d'élaboration des procès-verbaux standards dans le cadre d'une campagne d'inspection. En outre, le rapport indique qu'en vertu de l'arrêté royal du 10 juillet 2013 portant exécution du chapitre 5 intitulé « Réglementation de certains aspects de l'échange électronique d'information entre les acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale » du titre 5 du livre 1er du Code pénal sociale, modifié par l'arrêté royal du 26 décembre 2013, les inspecteurs sociaux de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale sont habilités à établir leurs procès-verbaux de constatation d'infractions de manière électronique (e-PV).

Le Comité note que la CBE collabore à l'élaboration du e-PV avec d'autres SPF et services d'inspection, avec le Fonds des Accidents du Travail et le Fonds des Maladies Professionnelles en ce qui concerne le traitement des dossiers et avec un organisme belge d'accréditation – BELAC dans le cadre des agréments des Services externes pour la prévention et la protection au travail, des Services externes pour les contrôles techniques, des enleveurs d'amiante, de certains laboratoires agréés qui sont aussi accrédités.

Selon le rapport, le Collège des Procureurs généraux ne peut pas fournir de chiffres concernant le volume global des amendes pénales infligées en raison du manque d'un système informatique uniforme d'encodage des dossiers. En ce qui concerne le volume global des amendes administratives infligées, le nombre total d'infractions dressées par les inspections est passé de 830 en 2012 à 1 131 en 2015 ; le nombre d'infractions sanctionnées d'une amende pénale de 299 en 2012 à 259 en 2015 ; le nombre d'infractions en attente d'un avis définitif de l'Auditeur du travail de 145 en 2012 à 563 en 2015 ; le nombre d'infractions sanctionnées d'une amende administrative de 180 en 2012 à 84 en 2015, le nombre d'infractions sanctionnées d'un classement sans suite de 130 en 2012 à 51 en 2015 ; le nombre d'infractions restant à traiter par les juristes du Services EDC de 76 en 2012 à 174 en 2015.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur la proportion de travailleurs couverts par les visites de contrôle effectivement réalisées au cours de la période de référence. En réponse, le rapport explique pourquoi les données chiffrées ne sont pas disponibles. Le Comité prend note de ces informations et note que, selon le rapport, lors de la sélection et de la préparation des campagnes d'inspection, les secteurs dans lesquels les travailleurs sont les plus vulnérables sont analysés en détails. Lors d'une visite d'inspection ou extension, les inspecteurs discutent avec les délégations de travailleurs ou quelques travailleurs sur le lieu de travail et, de ce fait, ils ne peuvent pas contrôler les situations de travail de tous les travailleurs.

En ce qui concerne des informations demandées sur les progrès réalisés pour réduire la durée des procédures judiciaires (Conclusions 2013), le rapport indique que, conformément à l'article 76 du Code pénal social, si le ministère public ne notifie pas à l'administration compétente pour infliger des amendes administratives sa décision quant à l'intentement ou non de poursuites pénales, d'une transaction ou d'une médiation dans les six mois à compter du jour de la réception du procès-verbal de constatation d'infraction, l'administration peut décider s'il y a lieu d'entamer la procédure d'amende administrative. Le Comité note que le délai moyen entre la renonciation par le Ministère public et la décision de l'administration infligeant une amende administrative est passé de 602 jours en 2012 à 595 en 2015. Néanmoins, des données chiffrées sur le laps de temps entre l'établissement du procès-verbal et la décision du Ministère public ne sont pas disponibles.

Le Comité note que, d'après le profil national belge pour la sécurité et la santé au travail élaboré par la Belgique conformément aux recommandations de l'OIT (2015), le nombre d'inspecteurs du travail (de 162 en 2012 à 154 en 2014) et la proportion de travailleurs par inspecteur du travail (de 24 310 en 2012 à 24 034 en 2013) ont légèrement diminué au cours de la période de référence. Le nombre d'inspections par 100 000 travailleurs effectués (de 856 en 2012 à 931 en 2013) a augmenté, bien que le nombre total d'infractions ayant débouché sur une action en justice (de 245 en 2012 à 215 en 2014) et le nombre total d'infractions ayant débouché sur une amende administrative (de 17 en 2012 à 5 en 2014) aient diminué de manière significative.

Le Comité conclut qu'au regard des faibles effectifs dans le service de l'inspection compétent pour le contrôle du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail, le système d'inspection du travail ne peut pas être considéré comme efficace au regard de l'article 3§3 de la Charte. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises afin de renforcer les effectifs de l'inspection du travail. Il demande également que le prochain rapport contienne des informations sur le nombre, en distinguant les effectifs administratifs et les effectifs d'inspection, d'inspecteurs assignés au contrôle de l'application de la législation et la réglementation de sécurité et de santé au travail ; le nombre de visites de contrôle général, thématique, inopiné consacrées exclusivement à la législation et à la réglementation de santé et de sécurité au travail ; l'application de la législation et la réglementation relative à l'inspection du travail sur l'ensemble du territoire national dans la pratique ; le détail, par type, des mesures administratives que les inspecteurs du travail sont habilités à prendre, le nombre de mesures prises pour chaque type de mesures et les données chiffrées pour chaque année de la période de référence.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 3§3 de la Charte au motif que le système d'inspection du travail ne dispose pas des effectifs suffisants pour le contrôle adéquat du respect de la législation concernant la sécurité et la santé au travail.

Article 3 - Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Paragraphe 4 - Services de santé au travail

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 3§4, les Etats doivent promouvoir, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs, l'institution progressive de services de santé au travail pour tous les travailleurs, avec des fonctions essentiellement préventives et de conseil. Ces services peuvent être gérés conjointement par plusieurs entreprises. Ils doivent être efficaces et pouvoir déceler, mesurer et prévenir le stress lié au travail, de même que les agressions et les actes de violence au travail (voir Observation interprétative relative à l'article 3§4, Conclusions 2013 ; voir aussi les Conclusions 2003 concernant la Bulgarie). Il rappelle par ailleurs que, si des services de santé au travail ne sont pas institués pour toutes les entreprises, il appartient aux pouvoirs publics d'élaborer, en concertation avec les organisations d'employeurs et de salariés, une stratégie en vue d'atteindre le résultat escompté. Cela signifie que l'Etat « doit s'efforcer d'atteindre les objectifs de la Charte à une échéance raisonnable, au prix de progrès mesurables, en utilisant au mieux les ressources qu'il peut mobiliser » (Conclusions 2003, Bulgarie ; Conclusions 2009, Albanie).

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des données relatives au nombre de conseillers en prévention dans les services internes de prévention et de protection au travail et au taux de couverture des travailleurs par des services internes ou externes de santé au travail. En réponse, le rapport indique que fin 2011 (en dehors de la période de référence), il y avait 227 525 employeurs répartis sur 274 399 établissements, dont 205 873 entreprises possédaient moins de 20 travailleurs. En 2011 (toujours en dehors de la période de référence), 207 737 entreprises sont affiliées auprès de services externes de prévention et de protection au travail et 6 985 employeurs disposent au moins d'un conseiller en prévention possédant une formation complémentaire de niveau II (1 864 929 travailleurs).

Selon le rapport, le Service interne de prévention et de protection au travail (SIPP) peut comporter plusieurs conseillers, indépendamment de la taille de l'entreprise, des risques et du nombre de sièges ou d'unités techniques. En outre, il existe des SIPP communs qui regroupent et servent plusieurs employeurs.

Concernant les services externes de prévention et de protection au travail (SEPP), le rapport indique des catégories de conseillers en prévention suivants : sécurité du travail (167 personnes), ergonomie (45), hygiène du travail (33), psychosocial (154), médecine du travail (976) et autres (320).

En ce qui concerne la contradiction entre l'obligation de créer un service interne de prévention et de protection au travail et le recours quasi-généralisé aux services externes agréés observé dans la pratique (Conclusions 2013), le Comité renvoie à son évaluation dans le cadre de l'article 3§1 de la Charte.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations sur les catégories de travailleurs exclus de la surveillance de la santé et notamment la situation des travailleurs indépendants, des travailleurs à domicile et des employés de maison. Le rapport présente les informations pour chaque catégorie de travailleurs exclus. En ce qui concerne les travailleurs indépendants, ils sont envisagés dans le cadre du bien-être au travail pour autant qu'ils se trouvent sur un même lieu de travail que d'autres travailleurs. Dans ce cas-là, ils sont tenus de coopérer à la mise en œuvre des mesures en matière de bien-être au travail, d'échanger des informations (sur les risques et les mesures prises en matière de santé et de sécurité) et de coordonner leurs interventions (il s'agit d'une obligation générale). De plus, la loi du 4 août 1996 régit les relations de travail avec les tiers (les sous-traitants indépendants) et celles dans le contexte des chantiers temporaires ou mobiles ; elle règle l'échange d'informations, la collaboration et la

coordination entre les différentes parties concernées et établit un système permettant à l'employeur-maître d'ouvrage de veiller à ce que la législation soit réellement appliquée par les sous-traitants indépendants. Les dispositions relatives au travail avec des tiers ne s'appliquent pas lorsque s'applique la coordination suivant les règles pour les chantiers temporaires ou mobiles. Ces règles prévoient que les indépendants qui effectuent eux-mêmes une activité sur les chantiers doivent respecter les dispositions en matière de bien-être au travail à l'instar des employeurs vis-à-vis de leur personnel.

Concernant les travailleurs à domicile, le rapport indique que la convention collective de travail n° 85 du 9 novembre 2005 concernant le télétravail applicable au secteur privé, et l'arrêté royal du 22 novembre 2006 relatif au télétravail dans la fonction publique fédérale administrative, prévoient que l'employeur informe le télétravailleur de la politique de l'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail, notamment par rapport aux exigences relatives aux écrans de visualisation. Les services de prévention et de protection peuvent inspecter le lieu de télétravail avec l'accord du télétravailleur (s'il s'agit de son domicile).

Quant aux employés de maison, le rapport explique que l'article 2§4 excluant les travailleurs domestiques et les gens de maison du champ d'application de la loi sur le bien-être a été abrogé par la loi du 15 mai 2014 modifiant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Néanmoins, cette loi n'est pas encore en vigueur, un arrêté royal devra en fixer la date.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'accès au suivi médical des travailleurs de la fonction publique.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 3§4 de la Charte.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 1 - Elimination des causes d'une santé déficiente

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Mesures visant à assurer le meilleur état de santé possible

Le Comité note que, d'après les données de l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était de 81,1 ans en 2015. L'espérance de vie reste donc inférieure à celle de certains autres pays européens, mais a augmenté depuis la dernière période de référence (79,4 ans en 2009). Selon Eurostat, la moyenne pour les 28 États membres de l'Union européenne était de 80,6 ans en 2015.

Selon les statistiques de l'OMS, le taux de mortalité maternelle était de 7 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015 – contre un taux de 8/100 000 en 2010. Le taux de mortalité infantile s'établissait à 3,3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015 ; en 2010, il était de 3,6/100 000.

Le Comité relève dans le rapport que dans la Communauté flamande, les principales causes de décès chez les hommes sont le cancer du poumon, le suicide et la cardiopathie ischémique, tandis que chez les femmes, le cancer du sein est la principale cause de mortalité prématurée, suivie par le cancer du poumon et le suicide. Les accidents sur la route et le suicide figurent parmi les causes des décès qui surviennent à un âge relativement jeune ; les cancers et les cardiopathies (ischémiques) constituent en revanche d'importantes causes de décès à un âge plus avancé. Le Comité prend note des informations sur les principales causes de décès à l'égard de la communauté flamande. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les principales causes de décès précoce dans toutes les régions de la Belgique.

Accès aux soins de santé

Le rapport indique que, suite à la sixième réforme de l'Etat, les Communautés sont devenues compétentes, depuis le 1er juillet 2014, pour les soins aux personnes âgées, les services psychiatriques de longue durée et les services de réadaptation tels que la prise en charge des toxicomanes. L'éducation sanitaire et la prévention restent du ressort des Communautés.

Le Comité relève que, selon l'OCDE, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé (hors dépenses d'investissement) s'élevait en Belgique à 10,2 % en 2013, la moyenne des pays de l'OCDE étant quant à elle de 8,9 %. La même source précise que, si les frais à la charge des patients, à savoir 18 % des dépenses de santé, se situent juste en-deçà de la moyenne des pays de l'OCDE (19,5 %) et sont comparables à ceux observés en Finlande (19 %) et en Islande (18 %), ils demeurent plus importants que dans d'autres pays d'Europe occidentale comme l'Allemagne (14 %) et la France (7 %).

Sur la question des délais d'attente, le Comité a précédemment noté qu'un groupe de travail avait été chargé de mesurer les temps d'attente dans les hôpitaux et a demandé à être tenu informé des résultats de ses investigations (Conclusions 2013). Le rapport ne contenant pas de données concrètes sur les temps d'attente effectifs, le Comité demande que des informations à jour sur les temps d'attente figurent dans le prochain rapport. Il note que, selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé, qui mesure l'efficacité des systèmes de santé nationaux dans 35 pays européens, la Belgique occupait la cinquième position en 2015, derrière les Pays-Bas, la Suisse, la Norvège et la Finlande. D'après la même source, c'est en Belgique que les délais d'attente pour les soins de santé sont les plus courts en Europe – ainsi, le traitement d'un cancer démarre en moyenne moins de 21 jours après le diagnostic de la maladie.

Dans sa conclusion précédente, le Comité a demandé s'il existait des structures de réadaptation pour les toxicomanes et quel était l'éventail des possibilités et traitements offerts

(Conclusions 2013). Le rapport indique que dans la Communauté flamande, les centres pour toxicomanes accueillent des personnes qui souffrent d'une addiction aux drogues illégales, aux médicaments, à l'alcool et à certaines substances psychoactives. Certains centres s'adressent aux patients en situation de crise. Ils offrent différents types d'accompagnement ambulatoire ou résidentiel, afin de permettre la désaccoutumance, l'élimination de l'addiction et une meilleure intégration sociale. La durée des soins est limitée. L'assurance maladie peut intervenir financièrement dans ce programme. Dans la Communauté flamande, treize institutions ont conclu une convention pour le traitement des toxicomanes.

Le rapport indique par ailleurs que la Communauté germanophone dispose d'un service psychiatrique hospitalier. Certaines structures comme l'ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung) et le SPZ (Sozial-psychologisches Zentrum) donnent des conseils pratiques et offrent un soutien psychologique aux toxicomanes. Lorsqu'une réadaptation s'avère nécessaire, les patients sont hospitalisés dans les structures de soins des pays voisins, la Communauté germanophone ne possédant pas de structures spécifiques. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la disponibilité des structures de réadaptation pour les toxicomanes et sur l'éventail des options et des traitements disponibles dans toutes les régions.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la disponibilité des services de soins de santé mentale et de traitement, y compris des informations sur la prévention des troubles mentaux et les mesures de rétablissement pour toutes les régions de la Belgique.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur l'offre de soins et traitements dentaires (notamment sur les personnes qui bénéficient de soins dentaires gratuits, le coût des principaux traitements et le pourcentage des dépenses de santé à la charge des patients) pour toutes les régions de la Belgique.

Concernant le droit à la protection de la santé pour les personnes transgenres, le Comité a précédemment reçu de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) (Région Europe) un document dans lequel elle affirme que « en Belgique, ces personnes ont l'obligation de se faire stériliser pour obtenir la reconnaissance juridique de leur identité de genre ». Il a demandé à ce sujet si, en Belgique, la reconnaissance juridique de l'identité de genre des personnes transgenres exigeait (en droit ou dans la pratique) qu'elles subissent une stérilisation ou un autre traitement médical invasif qui pourrait nuire à leur santé ou à leur intégrité physique (Conclusions 2013).

Le Comité prend note des observations présentées par Transgender Europe et l'ILGA (Région Europe) concernant l'application de l'article 11 de la Charte au cours du présent cycle de contrôle, dont il ressort que la Belgique fait partie des pays qui subordonnent la reconnaissance juridique de l'identité de genre à une stérilisation.

Le rapport précise que le Gouvernement fédéral s'est engagé en octobre 2014 à modifier la loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité conformément aux obligations internationales qui lui incombent sous l'angle des droits de l'homme. Les discussions portant sur ces modifications législatives sont en cours. Le rapport mentionne également un certain nombre de mesures et de progrès réalisés durant la période de référence en matière de protection des droits des personnes transgenres. Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport ainsi que dans d'autres sources, et demande des informations actualisées dans le prochain rapport.

Le Comité rappelle avoir dit, dans la décision sur le bien-fondé qu'il a rendue le 23 octobre 2012 concernant la réclamation collective n° 69/2011 *Defence of Children International* (DCI) c. Belgique, qu'il y avait violation de l'article 11§1 au motif que le droit à l'accès aux soins de santé pour les mineurs étrangers non accompagnés ainsi que pour les mineurs accompagnés en séjour irrégulier n'était pas garanti. La question du droit à l'accès aux soins

de santé pour les mineurs étrangers non accompagnés ainsi que pour les mineurs accompagnés en séjour irrégulier en Belgique est actuellement examinée par le Comité dans le cadre du processus de suivi de cette décision. Elle ne sera donc pas examinée dans la procédure des rapports pour ce cycle.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 11§1 de la Charte.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 2 - Services de consultation et d'éducation sanitaires

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Education et sensibilisation de la population

Le Comité prend note des campagnes de promotion de la santé et prévention des maladies menées dans la Communauté flamande. L'Agence Soins et Santé conclut des conventions avec des organisations en vue de la réalisation des objectifs de santé. Par exemple, l'Agence Soins et Santé a conclu un mandat de gestion pour la période 2016-2020 avec l'Institut flamand pour la promotion de la santé et la prévention des maladies ("Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie") en vue d'assurer la promotion générale de la santé, et en particulier dans des domaines comme l'enseignement, le monde du travail et les administrations locales, aussi que la santé mentale pour la population en général et des groupes cibles spécifiques. La Communauté flamande compte aussi d'autres projets/actions/campagnes sur les thèmes du tabac, l'alcool, les drogues, médicaments psychoactives et autres addictions, prévention du suicide, alimentation et mouvement, et santé sexuelle.

En ce qui concerne la Communauté germanophone, le rapport décrit les campagnes de sensibilisation et mesures prises pour la prévention du tabagisme, en matière d'éducation sexuelle, d'hygiène bucco-dentaire, d'alimentation saine et de l'activité physique des enfants.

Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur les mesures d'éducation sanitaire et de sensibilisation à l'égard de toutes les régions de Belgique, y compris la Communauté francophone .

Consultation et dépistage des maladies

Le rapport présente de manière détaillée les principaux services de consultation et de dépistage tant en milieu scolaire que pour les autres groupes dans la Communauté flamande. Ce sont les centres d'encadrement des élèves (CLB) qui assurent des services de consultation et de dépistage en milieu scolaire pour les enfants de 5 à 18 ans. Les élèves de toutes les écoles sont accompagnés par un CLB. Les élèves, leurs parents et les écoles sont tenus de participer aux consultations générales et obligatoires et aux mesures prophylactiques.

Dans la Communauté germanophone, les consultations de nourrissons pour les enfants de 0 – 3 ans sont réalisées par le service Kaleido-DG et permettent de dépister des maladies ainsi que des retards développementaux pour la population cible. Les BMI des enfants de deux ans sont systématiquement évalués et s'il y a du surpoids, des mesures adaptées à chaque famille accompagnée sont prises (entretiens, bilan médicale, etc.). Depuis 2012, un dossier médical commun existe pour les consultations de nourrissons et les consultations de médecine scolaire ce qui permet une communication continue ainsi qu'un suivi médical efficace des enfants.

Le rapport fournit des informations détaillées sur les programmes de dépistage des maladies dans les différentes communautés. La Communauté germanophone propose un programme de dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 à 69 ans. Elle propose également un programme de dépistage du cancer colorectal aux personnes âgées de 50 à 74 (hommes et femmes). Le rapport mentionne que dans la Communauté flamande, depuis mai 2016 (hors de la période de référence), chaque personne peut contrôler, par voie électronique, quand il peut se faire dépister et quels étaient les résultats des dépistages précédents.

Le Comité demande des informations actualisées dans le prochain rapport sur les programmes / mesures de conseil et de dépistage en ce qui concerne toutes les régions de Belgique, y compris la Communauté francophone.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 11§2 de la Charte.

Article 11 - Droit à la protection de la santé

Paragraphe 3 - Prévention des maladies et accidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Environnement sain

Le Comité prend note du rapport des informations détaillées concernant le cadre légal et les mesures prises dans la période de référence par les différentes communautés.

Le Comité a demandé précédemment des informations sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence, afin d'évaluer si la tendance est à l'augmentation ou à la baisse (Conclusions 2013).

Le rapport indique que la Communauté flamande atteint bon nombre d'objectifs en ce qui concerne la qualité de l'air. Cependant, le Comité note que d'après les informations fournies par le rapport et les annexes, les valeurs conseillées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont encore hors de portée pour de nombreuses substances. Par exemple, en ce qui concerne la poussière fine, depuis 2014, les concentrations de PM10 sont inférieures aux valeurs limites européennes dans tous les endroits de mesurage, mais les valeurs conseillées par l'OMS sont dépassées partout. Le rapport indique que la qualité de l'eau potable au robinet est très bonne pour la période 2012-2014 et le pourcentage de conformité totale est supérieur à 99 %. Depuis 2011, une politique est menée dans la Communauté flamande autour de la problématique du plomb dans l'eau potable, en sensibilisant le consommateur sur la nécessité de garder l'installation intérieure exempte de plomb.

Le Comité prend note des informations sur la qualité de l'air en Wallonie – Bruxelles fournies dans les annexes au rapport. Il note qu'en 2014, la zone industrielle Engis enregistrait 40 dépassements de la limite journalière de 50 µg/m³. Le rapport indique que plusieurs campagnes de mesures ont été mises en place afin d'identifier les sources de ces dépassements et un comité d'accompagnements des industries est en place depuis 2015 afin de prendre les mesures adéquates pour réduire les émissions de particules. Le Comité demande d'être informé sur tout développement sur ce point.

Le rapport réitère que la Communauté germanophone n'est pas compétente pour le contrôle de la qualité de l'air. Ces mesures sont réalisées par la Région wallonne. La pollution de l'eau et les règles régissant le désamiantage sont également des compétences de la Région wallonne. Le rapport fournit des informations sur les campagnes de prévention et sensibilisation qui correspondent au cycle précédent et dont le Comité a pris note dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013). Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations mises à jour concernant les mesures prises par la Communauté germanophone pour un environnement sain.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations mises à jour sur les niveaux de pollution atmosphérique, la contamination de l'eau potable et les intoxications alimentaires pendant la période de référence.

Tabac, alcool et substances psychotropes

Dans ses conclusions précédentes, le Comité a demandé s'il était interdit de fumer dans les lieux publics et quelles étaient les restrictions imposées à la vente des produits du tabac et à la publicité pour lesdits produits (Conclusions 2009 et Conclusions 2013).

Le rapport indique qu'il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés. La vente de tabac est interdite au moins de 16 ans et aussi interdite par internet. La publicité ou la promotion directe ou indirecte pour les produits du tabac est interdite à l'exception de l'affichage de la marque dans les librairies et les magasins de tabac. Par ailleurs, la Belgique applique l'ensemble des dispositions européennes en matière d'étiquetage et de réglementation des

ingrédients (directive 2014/40/UE transposé dans l'arrêté royal du 5 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits du tabac).

Le rapport indique qu'on retrouve des taux similaires dans toutes les régions du pays, avec 24 % de fumeurs (soit 19 % de fumeurs quotidiens, 5 % de fumeurs occasionnels). La proportion de fumeurs quotidiens en 2013 (19 %) est restée stable depuis la dernière enquête de 2008 (18 %), mais elle a toutefois diminué par rapport aux enquêtes de 2004 (25 %) et 2001 (26 %).

S'agissant de l'alcool, le Comité a demandé des informations à jour sur la réglementation régissant la vente d'alcool, ainsi que les tendances de consommation (Conclusions 2013). Le rapport indique que la vente de bière et vin est interdite au moins de 16 ans et la vente d'alcool fort (spiritueux) est interdite au moins de 18 ans. La tendance de consommation est stable depuis 2000 (environ 11 litre d'alcool pur par personnes âgés de 15 ans et plus).

Le rapport mentionne que en 2013, 89 % des membres de la Communauté germanophone (âgés de 15 ans et plus) consomment actuellement de l'alcool, ce qui est un peu plus élevé qu'au niveau national (82 %). Les buveurs quotidiens sont quant à eux moins nombreux dans la Communauté germanophone (10 %) que dans le reste du pays (14 %).

Vaccination et surveillance épidémiologique

Le Comité a précédemment demandé quel est le taux de couverture vaccinale. Le rapport fournit les taux de couverture vaccinale au niveau fédéral en 2015 qui sont assez élevés avec des valeurs dépassant 95 % pour la plupart des vaccines.

Le rapport mentionne que les données annuelles collectées par le service Kaleido-DG indiquent que 72 % des élèves de la Communauté germanophone ont été vaccinés selon le schéma prévu par Kaleido. Le taux des enfants vaccinés est donc en constante augmentation. Selon les estimations, sans tenir compte des enfants, qui, de nouveau selon leurs parents ont été vaccinés par leurs médecin généraliste, un taux de couverture d'environ 82 % peut être atteint.

Accidents

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents de la route.

Le rapport indique que l'accord gouvernemental prévoit que jusqu'à 2020, le nombre de tués dans des accidents de la circulation routière doit diminuer de moitié par rapport à 2010 (840 tués en 2010 contre 715 en 2014). Le Comité prend note du rapport des nombreuses mesures prises pour prévenir les accidents de la route comme, par exemple, la réforme du permis moto, un système de récidive plus sévère en permettant de punir une combinaison d'infractions graves (par exemple alcool et vitesse) depuis 1^{er} janvier 2015, un contrôle plus efficace par les caméras fixes et radars modernes, des campagnes d'information dans les écoles primaires et secondaires, aussi que des stratégies de sensibilisation destinées à des groupes cibles spécifiques (motocyclistes, piétons, ceinture de sécurité).

Le rapport indique que dans la Communauté flamande, un Plan sécurité routière flamand 2012 – 2014 a été développé par le Domaine Mobilité et Travaux publics (MOW) contenant des actions sur quatre axes : éducation et sensibilisation, infrastructure et technologie, surveillance et réglementation, évaluation, enquête et monitoring.

En Wallonie – Bruxelles, l'Agence Wallonne pour la Sécurité Routière (AWSR) a été désignée par le Gouvernement wallon pour reprendre la compétence régionalisée d'information, de sensibilisation et de promotion de la sécurité routière. Le Comité prend note du rapport d'activité 2015 que tout au long de l'année 2015, l'AWSR a réalisé huit

campagnes de sensibilisation sur les thèmes majeurs de sécurité routière, a organisé de nombreuses actions vers les jeunes conducteurs et a lancé le label « BackSafe ».

Le Comité rappelle que dans sa décision sur le bien-fondé du 23 octobre 2012, Défense des Enfants International (DEI) c. Belgique, réclamation n° 69/2011, il a conclu qu'il y avait violation de l'article 11§3 au motif que la prévention des maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que des accidents n'était pas assurée pour les mineurs étrangers non accompagnés ainsi que pour les mineurs accompagnés en séjour irrégulier. Ces questions sont actuellement examinées par le Comité dans le cadre du processus de suivi de la décision susmentionnée. Elles ne seront donc pas examinées dans le processus des rapports pour ce cycle.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur les mesures prises pour prévenir les accidents domestiques et les accidents pendant les loisirs.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 11§3 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 1 - Existence d'un système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, enregistrés le 29 mars 2017 ; des commentaires d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, du 31 mars 2017 ; de l'addendum au rapport de la Belgique, transmis le 28 avril 2017 et des commentaires du Belgian Disability Forum asbl, du 31 août 2017.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et 8§1.

Risques couverts, financement des prestations et champ d'application personnel

Le Comité renvoie à ses conclusions précédentes (Conclusions XVIII-1 (2006)) pour une description du système de sécurité sociale belge. Il relève qu'il continue de couvrir la totalité des risques traditionnels (soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, famille, maternité, invalidité et survivant) et qu'il repose sur un financement collectif : il est alimenté par des cotisations (salariés, employeurs, Etat) et par le budget de l'Etat.

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité avait noté que la couverture personnelle était de 95 % de la population en ce qui concerne les soins de santé, 85 % des salariés en ce qui concerne les prestations familiales, que tous les salariés et les chômeurs étaient couverts en ce qui concerne les prestations de vieillesse. Il note d'après MISSOC que tous les salariés sont couverts par l'assurance obligatoire maladie, maternité, accidents du travail/maladies professionnelles, invalidité et chômage. Il demande néanmoins que le prochain rapport indique le pourcentage d'assurés par rapport à la population active totale, y compris les travailleurs indépendants, pour les différentes prestations versées en remplacement des revenus et rappelle que ces données doivent être régulièrement fournies dans chaque rapport afin de permettre l'évaluation de l'étendue de la couverture personnelle effective.

Caractère suffisant des prestations

D'après les données Eurostat, le revenu médian ajusté équivalait à 21 654€ en 2015, soit 1804,50€ mensuels. Ainsi, le seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté était, sur base annuelle, de 10 827€ et, sur base mensuelle, de 902€. Le seuil de 40 % du revenu médian ajusté correspondait à 722€ par mois

Indemnités de maladie : En réponse à la question du Comité, les autorités affirment dans le rapport que le montant mensuel minimum des prestations de maladie versées à un travailleur salarié célibataire correspondait à 2400€ jusqu'au premier jour du 7e mois d'incapacité de travail et 1520€ à partir du 7e mois. Pour un travailleur indépendant, l'indemnité forfaitaire s'établit à 1285€. Le Comité note que dès que le salaire n'est plus garanti par l'employeur (quinze jours pour les ouvriers, un mois pour les employés), la sécurité sociale verse 60 % du salaire (avec un plafond de 133€ par jour, au 1er avril 2015) pendant une durée maximale d'un an.

Prestations de vieillesse : d'après le rapport, la pension minimale garantie au 1er juin 2015 était de 16 844,72€ par an pour une personne avec famille à charge et 13 480,03€ pour une personne isolée. En outre, depuis 2014, un complément (pécule de vacances) est versé au mois de mai, d'un montant maximum de 885,07€ pour une personne avec famille à charge et de 708,04€ pour une personne isolée. Par ailleurs, le rapport indique que le montant de base de la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) a été revalorisé de 2 % avec effet au 1er septembre 2015 (voir aussi, sur ce point, l'article 13§1). S'agissant des commentaires d'Unia et Myria concernant les conditions défavorables d'accès à la pension

de vieillesse pour les travailleurs migrants, le Comité renvoie à son examen sous l'article 12§4.

Le rapport ne présente pas les montants minimums des autres prestations. Le Comité note d'après MISSOC (données 2015) que :

- pour la prestation d'**invalidité**, le montant minimum pour un travailleur régulier se situe entre 53,99€ et 37,05€ par jour, selon qu'il ait des personnes à charge ou pas ; pour un travailleur non régulier, les montants sont respectivement de 41,92€ et 31,44€ par jour ;
- pour les **accidents de travail et maladies professionnelles**, le montant de l'indemnité journalière en cas d'incapacité totale de travail correspond à 90 % du salaire de base divisé par 365 jours ;
- pour les allocations de **chômage**, un montant dégressif est accordé pendant une durée illimitée, sous conditions. Le Comité rappelle à ce propos avoir examiné le critère relatif à l'acceptation d'un « emploi convenable » et avoir considéré la situation conforme à la Charte (Conclusions 2013). Il note cependant, d'après les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, que les critères applicables en la matière ont été reformés en 2012 (arrêté ministériel du 28 décembre 2011) de façon restrictive : ainsi, la distance domicile-travail au-delà de laquelle il est possible de refuser une offre d'emploi a été portée de 25 à 60km ; en outre, la période initiale pendant laquelle le chômeur peut refuser une offre d'emploi non correspondant à ses compétences ou expériences antérieures, qui était de six mois, a été ramenée à trois mois pour les travailleurs de moins de 30 ans ayant moins de cinq ans de carrière, et à cinq mois pour les autres. Les bénéficiaires des allocations chômage perçoivent 65 % de leur dernière rémunération pendant les trois premiers mois de chômage et 60 % pendant les neuf mois suivants. Ensuite, des réductions ultérieures s'appliquent progressivement jusqu'à atteindre le seuil minimum de l'allocation journalière forfaitaire. Compte tenu du fait que cette allocation forfaitaire n'est versée qu'après 48 mois de chômage et qu'elle peut être cumulée avec des indemnités complémentaires ou des revenus occasionnels, le Comité considère que la situation est conforme à la Charte. Le Comité prend note cependant des commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, selon lesquels la dégressivité affecte en particulier les cohabitants, et notamment les femmes (53 % des femmes chômeuses sont cohabitantes), dans la mesure où les montants moyens alloués après douze mois de chômage tombent en dessous du seuil de 50 % du revenu médian ajusté. Les restrictions introduites en 2014 à l'octroi de l'allocation d'insertion auraient abouti, selon le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, à l'exclusion de 29 021 personnes (en majorité, des femmes et des jeunes) pour la période de janvier à novembre 2015 inclus ; Unia et Myria, ainsi que le Belgian Disability Forum, signalent par ailleurs dans leurs commentaires que cette réforme pénalise en particulier les demandeurs d'emploi handicapés, qui doivent se tourner vers l'assistance sociale (revenu d'intégration). Dans l'addendum au rapport transmis en réponse à l'ensemble de ces commentaires, les autorités compétentes belges reconnaissent une augmentation de 9.3 % du nombre de demandeurs du revenu d'intégration, qui touche particulièrement les jeunes et les réfugiés et qui serait en partie liée à la réforme de 2014, mais aussi à d'autres causes, dont notamment l'augmentation du nombre de réfugiés. En ce qui concerne le revenu d'intégration, le Comité se réfère à son évaluation du système d'assistance sociale, sous l'article 13§1. Il demande néanmoins que le prochain rapport présente des données à jour concernant la mise en oeuvre de la réforme de 2014 et son impact par rapport au nombre de bénéficiaires des prestations de chômage et des allocations d'insertion et au niveau des prestations octroyées.

Le Comité rappelle que, pour être conforme à la Charte, le montant des prestations de sécurité sociale qui sont versées en remplacement des revenus doit se situer dans une proportion raisonnable du salaire précédemment perçu et ne peut pas être inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté par Eurostat. Le Comité demande que des données pertinentes à ce sujet (niveau minimum des prestations versées en remplacement des revenus pendant la période de référence) soient régulièrement fournies dans chaque rapport concernant l'article 12§1 afin de permettre au Comité d'évaluer la situation. En outre, le Comité demande que le prochain rapport précise les éventuelles prestations d'assistance sociale disponibles lorsque le montant minimum des prestations servies en remplacement des revenus dans le cadre du système de sécurité sociale est inférieur au seuil minimal de revenus garanti par le droit national. Des informations sont également attendues concernant ce seuil (Conclusions 2013, Introduction Générale).

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 12§1 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 2 - Maintien d'un régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

La Belgique a ratifié le Code européen de sécurité sociale et son Protocole le 13 août 1969, et en a accepté les parties II à X.

Le Comité relève dans la Résolution CM/ResCSS(2016)1 du Comité des Ministres sur l'application du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole par la Belgique (période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015) que la législation et la pratique nationales continuent de donner plein effet à toutes les Parties du Code, tel que modifié par le Protocole, sous réserve de revoir la méthode de détermination du salaire de référence aux fins du calcul des prestations.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 12§2 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 3 - Evolution du système de sécurité sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, enregistrés le 29 mars 2017 ; des commentaires d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, du 31 mars 2017 ; de l'addendum au rapport de la Belgique, transmis le 28 avril 2017 et des commentaires du Belgian Disability Forum asbl, du 31 août 2017.

Il prend note des évolutions législatives intervenues pendant la période de référence, telles que détaillées dans le rapport et il renvoie à ses conclusions précédentes pour une description du système de sécurité sociale belge.

S'agissant des **prestations familiales** et des **prestations de maternité**, le Comité renvoie respectivement à ses conclusions relatives à l'article 16 et 8§1.

En ce qui concerne les autres branches de la sécurité sociale, le Comité note, en particulier, qu'en matière de **santé**, des mesures ont été prises entre autres pour modérer les prix des médicaments et mieux protéger les personnes atteintes d'une affection chronique, notamment en étendant l'application obligatoire à ces personnes du régime du tiers-payant. Les assurés qui bénéficient du régime préférentiel en raison de leurs revenus modestes y ont désormais également droit. Parmi les améliorations, le rapport mentionne également plusieurs interventions de revalorisation des indemnités, y compris l'augmentation de certaines pensions de vieillesse. En outre, il y a eu pendant la période de référence une extension des risques couverts au titres des maladies professionnelles (avec, par exemple, l'extension de la couverture en cas de tendinite ou tuberculose), la suppression du délai de carence pour le versement des indemnités de maladie et une amélioration de la protection des artistes en cas de chômage.

En matière de prestations de **chômage**, le Comité relève également l'adoption de mesures plus restrictives, notamment l'introduction du principe de la dégressivité des prestations en 2012 suivie, en 2014, d'un renforcement des conditions d'accès aux allocations (réduction des allocations en cas de chômage temporaire, suppression du complément d'ancienneté pour les nouveaux chômeurs âgés, limitation à 36 mois de la durée de versement des allocations d'insertion, introduction de conditions et de contrôles plus strictes en ce qui concerne la disponibilité à l'emploi des bénéficiaires, etc.). Il note que, selon les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, la dégressivité affecte en particulier les cohabitants, et notamment les femmes. En outre, selon la même source, l'introduction de restrictions à l'octroi de l'allocation d'insertion aurait abouti à l'exclusion de 29 021 personnes (en majorité, des femmes et des jeunes) pour la période de janvier à novembre 2015 inclus. Unia et Myria, ainsi que le Belgian Disability Forum, signalent par ailleurs dans leurs commentaires que ces restrictions pénalisent en particulier les demandeurs d'emploi handicapés, qui doivent se tourner vers l'assistance sociale (revenu d'intégration). Dans l'addendum au rapport transmis, en réponse à ces commentaires, par les autorités belges compétentes, celles-ci reconnaissent une augmentation de 9.3 % du nombre de demandeurs du revenu d'intégration, qui touche particulièrement les jeunes et les réfugiés et qui serait en partie liée à la réforme de 2014, mais aussi à d'autres causes, dont notamment l'augmentation du nombre de réfugiés. Le Comité rappelle qu'une évolution restrictive du système de sécurité sociale n'est pas automatiquement contraire à l'article 12§3 et demande que le prochain rapport explique l'impact des mesures restrictives adoptées, à savoir si et dans quelle mesure elles ont comporté une diminution de la couverture chômage (en termes de nombre de bénéficiaires ou de montant des prestations) et si elles ont permis d'atteindre les résultats voulus, en termes de promotion de l'emploi, sans entraîner une dégradation importante de la qualité de vie d'un segment de la population.

Le rapport fait aussi état d'importantes mesures adoptées concernant les **pensions de vieillesse et de survie** en 2015. Le Comité note le renforcement de certaines conditions d'accès aux prestations et le relèvement de l'âge légal de la retraite. Il note cependant que la législation a prévu l'entrée en vigueur progressive de ces changements, ainsi que certaines mesures transitoires (par exemple, une allocation de transition en matière de pension de survie). Compte tenu du fait que la plupart de ces mesures ont été adoptées vers la fin de la période de référence, il demande que le prochain rapport contienne des informations sur leur mise en oeuvre et leurs effets sur le système de sécurité sociale, à la lumière des obligations de l'article 12§3.

Il considère entretemps que, pendant la période de référence, la situation était conforme à cette disposition.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 12§3 de la Charte.

Article 12 - Droit à la sécurité sociale

Paragraphe 4 - Sécurité sociale des personnes se déplaçant entre les Etats

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Egalité de traitement et conservation des avantages acquis (article 12§4a)

Droit à l'égalité de traitement

L'égalité de traitement entre les nationaux et les ressortissants des autres États parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale doit être assurée par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux, ou à tout le moins, au moyen de mesures unilatérales.

Le Comité rappelle que, compte tenu de la législation de l'UE régissant la coordination des systèmes de sécurité sociales des États membres de l'UE, fondée sur les règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, tels qu'amendés par le règlement (UE) n° 1231/2010, les États Membres de l'UE assurent, en principe, l'égalité de traitement entre, d'une part, leurs ressortissants et, d'autre part, les ressortissants des autres États membres de l'UE, de l'EEE, les apatrides, les réfugiés résidant sur le territoire de l'État Membre qui sont ou ont été soumis à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs États membres, les membres de leur famille et leurs survivants, ainsi que les ressortissants de pays tiers, y compris les membres de leur famille et leur survivants, dès lors qu'ils résident légalement sur le territoire d'un État Membre et qu'ils se trouvent dans une situation qui ne les cantonne pas à l'intérieur d'un seul État Membre.

Le Comité rappelle qu'en tout état de la cause, en vertu de la Charte, les États Membres de l'UE ou de l'EEE sont tenus de garantir aux ressortissants des autres États parties à la Charte de 1961 et à la Charte qui ne sont pas membres de l'UE ou de l'EEE, l'égalité de traitement en matière de droits à la sécurité sociale lorsqu'ils résident légalement sur leur territoire (Conclusions XVIII-1 (2006)). À cet effet, ils doivent, soit conclure avec eux des accords bilatéraux, soit prendre des mesures unilatérales.

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé comment l'égalité de traitement est garantie dans la pratique et, le cas échéant, quelles sont les mesures unilatérales qui ont été prises par la Belgique. Le Comité comprend, au vu des informations figurant dans le rapport, que l'égalité de traitement n'est garantie qu'aux seuls ressortissants des États parties pour lesquels il existe des accords bilatéraux de sécurité sociale avec la Belgique, à savoir l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la République de Moldova, l'"ex-République Yougoslave de Macédoine", le Monténégro, la Serbie et la Turquie. Il demande si tous ces accords garantissent l'égalité de traitement, la conservation des avantages acquis et la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi.

Le Comité note également qu'il n'y a eu aucun changement au cours de la période de référence : la Belgique n'a conclu aucun nouvel accord, ni n'a pris de mesures unilatérales ; les négociations avec l'Albanie sont toujours en cours. Il demande si un accord est prévu avec les États parties avec lesquels la Belgique n'a conclu aucun accord, à savoir l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Georgie et la Fédération de Russie.

En ce qui concerne le versement des prestations familiales, le Comité rappelle qu'imposer une condition de résidence de l'enfant sur le territoire de l'État débiteur est conforme à l'article 12§4 (Observation interprétative de l'article 12§4, Conclusions XVIII-1 (2006)). Cependant, comme tous les pays n'appliquent pas un tel système, les États qui imposent une « condition de résidence de l'enfant » sont dans l'obligation, pour garantir l'égalité de traitement au sens de l'article 12§4, de conclure dans un délai raisonnable des accords bilatéraux ou multilatéraux avec les États qui appliquent un principe d'admissibilité différent (Conclusion XVIII-1 (2006), Chypre).

Le Comité a, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), demandé si la condition de durée de résidence de cinq ans a été maintenue. Le rapport ne fournit aucune information à

ce sujet. Il note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013, qu'un ressortissant étranger qui n'est pas admissible aux allocations familiales pour enfant sous le régime belge, étranger ou international peut, néanmoins, demander le versement de prestations familiales garanties s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- être citoyen (ou avoir un enfant citoyen) d'un État partie à la Charte et avoir un permis de séjour valide ;
- avoir le statut de réfugié ou être apatride (ou avoir des enfants réfugiés ou apatrides) ;
- avoir été régularisé sur la base de la loi du 22 décembre 1999.

Le Comité demande que le prochain rapport contienne davantage d'informations sur cette loi du 22 décembre 1999.

Le Comité note également d'après le rapport du Comité Gouvernemental relatif aux conclusions de 2013 que l'octroi de prestations familiales est soumis à une condition de territorialité. Toutefois, il existe plusieurs exceptions, notamment, en application des règlements de l'UE, conventions bilatérales et dérogations ministérielles.

Le Comité constate, néanmoins, que la Belgique n'a pas conclu d'accords avec les autres États parties qui appliquent un principe différent pour l'admission au bénéfice de ces prestations : l'Andorre, l'Arménie et la Géorgie. Il constate également que l'accord conclu avec l'Albanie ne couvre pas les allocations familiales. Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des informations sur les accords envisagés et si tel est le cas, dans quels délais ils pourraient être conclus.

En ce qui concerne le versement des allocations pour personnes handicapées, le Comité rappelle avoir précédemment (Conclusion 2009) considéré la situation non conforme à la Charte au motif que l'égalité de traitement n'est pas garanti aux ressortissants des autres États parties non membres de l'UE et non liés à la Belgique par un accord bilatéral. Prenant note d'un arrêt de la Cour Constitutionnelle du 12 décembre 2007, le Comité a demandé, dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), davantage d'informations sur la nouvelle législation applicable en la matière. Le Comité constate que le rapport n'aborde pas cette question, de sorte qu'il réitère sa demande et considère, par ailleurs, la situation non conforme à la Charte sur ce point.

Droit à la conservation des avantages acquis

Le Comité rappelle l'obligation qu'ont les États, en vertu de l'article 12§4, de conclure des accords multilatéraux ou bilatéraux, ou de prendre des mesures unilatérales pour assurer le droit à la conservation des avantages acquis quels que soient les déplacements de l'intéressé.

Le Comité note, d'après le rapport du Comité Gouvernemental concernant les conclusions de 2013, que, premièrement, les pensions de retraite ou de survie acquises au titre de la législation belge par les ressortissants d'un État Membre de l'UE ou appartenant à l'EEE, de la Bosnie-Herzégovine, de l'"ex-République Yougoslave de Macédoine", du Monténégro, de la Turquie ou de la Serbie, ainsi que les apatrides, réfugiés et étrangers privilégiés peuvent être exportées partout dans le monde. À l'inverse, ces pensions, lorsqu'elles sont versées aux ressortissants des autres États parties, ne peuvent être exportées qu'au sein des seuls État Membre de l'UE, à l'exception du Danemark, sous réserve qu'ils y résident légalement.

Le Comité note, deuxièmement, que les pensions de survies versées aux veufs et veuves de ressortissants d'un État Membre de l'UE ou de l'EEE, de la Bosnie-Herzégovine, de l'« ex-République Yougoslave de Macédoine », du Monténégro, de la Turquie et de la Serbie peuvent être exportées partout dans le monde et ce, indépendamment de leur nationalité.

Il note enfin que les Chypriotes turcs conservent également le bénéfice de leur pension mais uniquement s'ils se déplacent à Chypre (la partie grecque de Chypre) ou en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en France, en Grande Bretagne, en Grèce, en Irlande, en Island,

en Italie, au Luxembourg, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal, en Suède et en Turquie. Les pensions de retraite et de survie d'ouvrier mineur ne sont, quant à elles, exportables qu'à 80 %.

Le Comité relève également qu'aucun accord n'a été conclu avec l'Albanie, l'Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la République de Moldova, l'Ukraine et la Fédération de Russie, pour ce qui concerne l'exportabilité des allocations familiales. Il demande par conséquent, que le prochain rapport explique, premièrement, ce qui justifie qu'il n'y ait pas d'accords avec ces États et, deuxièmement, contienne des informations sur les accords envisagés, notamment les délais dans lesquels ils pourraient être conclus.

Le Comité a précédemment considéré (Conclusion 2013) que la conservation des avantages acquis en Belgique n'était pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties. La situation n'ayant pas changé, le Comité réitère sa conclusion sur ce point.

Droit au maintien des droits en cours d'acquisition (article 12§4b)

Dans sa précédente conclusion (Conclusion 2013), le Comité a considéré la situation conforme à la Charte pour ce qui concerne le droit à la conservation des droits en cours d'acquisition. La situation n'ayant pas changé au cours de la période de référence, le Comité réitère sa conclusion sur ce point.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 12§4 de la Charte aux motifs que :

- l'égalité de traitement en matière d'accès aux prestations familiales n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties ;
- la conservation des avantages acquis n'est pas garantie aux ressortissants de tous les autres États parties.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 1 - Assistance appropriée pour toute personne en état de besoin

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique. Il prend également note des informations figurant dans les commentaires du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, enregistrés le 29 mars 2017 ; des commentaires d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, du 31 mars 2017 ; ainsi que les Observations du gouvernement belge sur les commentaires du Service de la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Type de prestations d'assistance et critères d'octroi

Le Comité relève dans la base de données du MISSOC qu'il existe un système général et un système spécial garantissant un minimum de ressources aux personnes en situation de besoin. Le système général garantit un revenu d'insertion sociale, tandis que le système spécial garantit un revenu aux personnes âgées. Il s'agit, dans les deux cas, de droits subjectifs. En ce qui concerne les critères d'octroi, est considéré en situation de besoin celui dont les ressources sont inférieures au montant du revenu d'insertion ou de la garantie de revenus aux personnes âgées. Ces prestations sont versées aussi longtemps que l'intéressé remplit les conditions d'octroi.

Niveau des prestations

Le Comité tient compte, dans son appréciation de la situation pour la période de référence, des éléments ci-après.

- Prestation de base : selon le MISSOC, en 2015, le montant mensuel du revenu d'insertion était de 867,40 € par mois pour une personne seule.
- Prestations supplémentaires : des allocations d'installation, de déménagement et de loyer peuvent être obtenues au niveau régional. Une allocation de chauffage est versée par les centres publics d'assistance sociale jusqu'à un plafond de 300 € par an aux ménages à faibles revenus.
- Assistance médicale : le Comité note que les bénéficiaires de la garantie de revenus et de l'aide sociale continuent d'avoir droit au remboursement intégral des frais médicaux.
- Seuil de pauvreté (fixé à 50 % du revenu médian ajusté et calculé sur la base du seuil de risque de pauvreté déterminé par Eurostat) : il était estimé à 902 € par mois en 2015.

Compte tenu des informations ci-dessus, le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale (prestations de base et supplémentaires) servie à une personne seule sans ressources est suffisant, puisque le montant minimum qu'il est possible d'obtenir est conforme au seuil de pauvreté.

Dans la mesure où la Belgique n'a pas accepté l'article 23 de la Charte (droit des personnes âgées à la protection sociale), le Comité examine le montant de la pension non contributive servie à une personne âgée seule sous l'angle de la présente disposition. Il relève dans le rapport que la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) s'élevait en 2015 à 1 052 € par mois pour une personne seule.

Compte tenu des données ci-dessus, le Comité considère que le niveau de l'assistance sociale servie aux personnes âgées sans ressources est suffisant.

Droit de recours et assistance judiciaire

Dans sa conclusion précédente (Conclusions 2013), le Comité a demandé des informations actualisées concernant le droit de recours en cas de décision de refus d'une demande d'assistance sociale, ou de suspension/réduction des prestations. Notant que le présent

rapport ne répond pas à cette question, il renouvelle sa demande. Par ailleurs, il demande que le prochain rapport fournisse également des exemples de jurisprudence.

Champ d'application personnel

Le Comité rappelle qu'au regard de l'article 13§1, les États doivent fournir une assistance sociale et médicale suffisante à toutes les personnes en situation de besoin sur un pied d'égalité, qu'il s'agisse de leur propres citoyens ou de ressortissants d'États parties qui résident légalement sur leur territoire. En outre, se référant à son Observation interprétative des articles 13§1 et 13§4 (Conclusions 2013) concernant le champ d'application personnel desdits articles, il rappelle que les personnes en situation irrégulière sur le territoire d'un État sont désormais aussi couvertes par l'article 13§1, et non plus par l'article 13§4, comme c'était le cas dans sa pratique précédente.

Le Comité examinera désormais si les États qui ont accepté l'article 13§1 garantissent le droit :

- à une assistance sociale et médicale suffisante à leurs propres citoyens et aux ressortissants des autres États parties qui résident légalement sur leur territoire, sur un pied d'égalité ;
- à une assistance sociale et médicale d'urgence aux personnes se trouvant illégalement sur leur territoire.

Ressortissants d'État parties résidant légalement sur le territoire

Dans sa conclusion précédente, le Comité a jugé la situation de la Belgique non conforme à la Charte au motif que la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) n'était pas accordée aux étrangers sans ressources, à moins qu'ils ne soient couverts par la réglementation de l'Union européenne ou soient ressortissants d'un État ayant conclu un accord de réciprocité avec la Belgique.

À cet égard, le Comité relève dans le rapport du Comité gouvernemental (TS-G (2014)21, par. 241) que l'article 3 de la loi du 8 décembre 2013 modifiant la loi du 22 mars 2001 sur la garantie de revenus aux personnes âgées a ajouté une nouvelle catégorie de bénéficiaires dudit revenu garanti aux catégories énumérées à l'article 4 de la loi du 22 mars 2001. Elle concerne les ressortissants des États parties à la Charte sociale européenne de 1961 et à la Charte sociale révisée de 1996.

Cependant, le Comité relève aussi dans le rapport que la procédure d'entrée en vigueur de l'article 110 de la loi du 6 mai 2009 étendant le champ d'application personnel de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) à tous les ressortissants des États parties à la Charte est toujours en cours.

Le Comité considère que des mesures législatives ont été prises pour rendre la situation conforme à la Charte, mais que la procédure d'entrée en vigueur de la modification n'a pas encore abouti. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations actualisées sur la situation en droit et en pratique. Entre-temps, il réserve sa position sur ce point.

Ressortissants étrangers se trouvant illégalement sur le territoire

S'agissant de l'assistance sociale d'urgence accordée aux personnes qui se trouvent illégalement sur le territoire, le Comité a, dans sa précédente conclusion au titre de l'article 13§1, relevé dans le rapport soumis par la *Ligue des droits de l'homme (LDH)* que les personnes en attente d'examen de leur demande d'asile pouvaient être déboutées de leur demande d'assistance sociale et qu'aucune assistance sociale n'était de surcroît disponible tant pour les migrants en situation irrégulière que pour les étrangers légalement présents sur le territoire pour une durée inférieure à trois mois. Le Comité relève dans le rapport que l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (FEDASIL) peut temporairement limiter l'assistance sociale apportée aux demandeurs d'asile conformément à l'article 20 de

la Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale. De plus, d'après le rapport, les centres publics d'action sociale (CPAS) peuvent décider d'octroyer d'autres formes d'aide (hébergement, nourriture, vêtements) aux étrangers en situation irrégulière. Cependant, dans la mesure où cette assistance n'est pas prévue par la loi, les CPAS assument eux-mêmes la responsabilité financière de l'aide qu'ils choisissent d'apporter.

S'agissant de l'aide sociale d'urgence, le Comité rappelle que les personnes en situation irrégulière doivent jouir d'un droit légalement reconnu à la satisfaction de leurs besoins matériels élémentaires (nourriture, vêtements, logement) pour leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave. Il incombe aux États d'assurer que l'effectivité de ce droit soit réalisée en pratique (*Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays-Bas*, réclamation n° 86/2012, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 187).

Le Comité ne peut admettre qu'il faille cesser d'apporter à des individus en situation de grande précarité une assistance d'urgence aussi essentielle qu'une solution d'hébergement, assistance que l'article 13 garantit comme un droit subjectif. Le Comité a considéré que, même s'il voulait tenir les objectifs actuels de la politique migratoire, le Gouvernement disposait de moyens moins lourds pour ce qui était de l'assistance d'urgence accordée à ceux qui avaient dépassé la durée de séjour qui leur avait été légalement autorisée, à savoir assurer l'assistance d'urgence nécessaire tout en maintenant les autres restrictions applicables aux migrants en situation irrégulière (réclamation n° 90/2013, *Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas*, décision sur le bien-fondé du 1^{er} juillet 2014, par. 123).

Le Comité demande que le prochain rapport fournisse des éléments démontrant que ces obligations sont respectées en droit et en pratique. Il considère que, dans l'hypothèse où ces informations ne figureraient pas dans le prochain rapport, rien ne permettra d'établir que la situation soit conforme à la Charte sur ce point.

S'agissant de l'assistance médicale d'urgence, le Comité relève dans le rapport que cette assistance ne consiste pas en une aide financière versée directement aux intéressés, mais garantit aux personnes sans ressources un accès gratuit aux soins de santé grâce à une prise en charge de leurs frais médicaux. Le champ d'application de cette assistance va, selon le rapport, au-delà des interventions urgentes et peut couvrir les examens médicaux généraux. C'est le médecin qui décide du caractère urgent d'un soin médical, et non pas le patient ou les CPAS.

Le Comité relève dans les observations communiquées par Unia (Centre interfédéral pour l'égalité des chances) et Myria (Centre fédéral Migration) que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé propose une réforme visant à simplifier et harmoniser les procédures administratives en matière de soins de santé pour les personnes en situation irrégulière. Cette réforme envisage de renforcer le rôle des CPAS, de transférer aux médecins la responsabilité des décisions médicales, et de mieux faire circuler les informations entre les prestataires de soins, les CPAS et les services d'insertion sociale. Le Comité note également que, selon les informations transmises par le Gouvernement, les personnes en situation irrégulière ont droit à une aide médicale d'urgence. Le système *Mediprima* mis en place dans le cadre de la réforme des soins de santé couvre pour l'instant les personnes sans ressources non assurées au titre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et ne concerne que les soins dispensés dans les établissements hospitaliers. L'objectif que se sont fixé les autorités pour 2017-2018 est d'étendre cette couverture aux actes des médecins généralistes. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations actualisées sur ce point.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 2 - Non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Le Comité prend note des informations fournies concernant la non-discrimination dans l'exercice des droits sociaux et politiques au sein des communautés flamande et germanophone. Il note que la situation qu'il a jugée conforme dans toutes ses conclusions précédentes (Conclusions XV-1 – 2013) n'a pas changé. Le Comité demande que le prochain rapport donne également des informations concernant la Communauté francophone.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 13§2 de la Charte.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 3 - Prévention, abolition ou allègement de l'état de besoin

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

En ce qui concerne la Communauté germanophone, d'après le rapport, le 10 avril 2014, son Gouvernement a conclu un accord de coopération avec l'État fédéral, la Région flamande et la Communauté française concernant la lutte contre le sans-abrisme. Les objectifs de l'accord sont de définir les compétences des différents partenaires et d'établir un programme d'action pour une coopération plus coordonnée, surtout pendant l'hiver.

Le Comité rappelle que l'article 13§3 concerne les services gratuits de conseil et d'aide personnelle spécifiquement destinés aux personnes qui ne disposent pas ou risquent de ne pas disposer de ressources suffisantes. Les services sociaux visés par l'article 13§3 doivent donc remplir une fonction préventive, d'accompagnement et curative. Il s'agit d'assurer une consultation et une aide permettant aux intéressés de connaître leurs droits en matière d'assistance sociale et médicale, ainsi que la procédure à suivre pour faire valoir ces droits. Lorsqu'il examine les situations nationales au regard de cette disposition, le Comité vérifie en particulier s'il existe des mécanismes permettant aux personnes dans le besoin de bénéficier gratuitement de services de conseil et d'aide personnelle et si les services et organismes compétents sont bien répartis sur le territoire. Il demande que le prochain rapport indique dans quelle mesure ces critères sont respectés dans la législation et dans la pratique.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 13§3 de la Charte.

Article 13 - Droit à l'assistance sociale et médicale

Paragraphe 4 - Assistance d'urgence spécifique aux non-résidents

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1 (champ d'application personnel) et rappelle que l'article 13§4 couvrira dorénavant l'assistance sociale et médicale d'urgence accordée aux ressortissants d'États parties se trouvant légalement (mais sans y résider) sur le territoire.

Il rappelle que les États parties sont tenus de fournir aux ressortissants étrangers non-résidents sans ressources une assistance sociale et médicale d'urgence (hébergement, nourriture, soins d'urgence et vêtements) pour leur permettre de faire face à un état de besoin urgent et grave (sans interpréter trop étroitement les critères d' « urgence » et de « gravité »). Aucune condition de durée de présence ne peut conditionner le droit à l'assistance d'urgence (réclamation n° 86/2012, Fédération européenne des Associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) c. Pays Bas, décision sur le bien-fondé du 2 juillet 2014, par. 171).

Le Comité rappelle par ailleurs que le droit à l'assistance sociale d'urgence devrait être assorti d'un droit de recours auprès d'un organe indépendant. S'agissant de la fourniture d'un hébergement d'urgence, il doit exister un mécanisme de recours effectif auprès d'un organe judiciaire indépendant permettant de déterminer si l'attribution des hébergements est correctement administrée. Ce droit doit aussi être effectif dans la pratique (réclamation n° 90/2013, Conférence des Églises européennes (CEC) c. Pays-Bas, décision sur le bien-fondé du 1^{er} juillet 2014, par. 106).

Le Comité renvoie à sa conclusion au titre de l'article 13§1, dans laquelle il a réservé sa position concernant l'assistance sociale d'urgence apportée aux ressortissants étrangers en situation irrégulière. Il demande que le prochain rapport fournisse des informations concernant les ressortissants étrangers présents légalement sur le territoire ; entre-temps, il réserve sa position.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité ajourne sa conclusion.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 1 - Encouragement ou organisation des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Le Comité prend note des Commentaires des associations et conseils d'avis représentant les personnes handicapées coordonnés par le *Belgian Disability Forum asbl* reçu en Août 2017 et du Rapport conjoint d'Unia, Centre interfédéral pour l'égalité des chances, et de Myria, Centre fédéral Migration, au onzième rapport du gouvernement de la Belgique sur l'application de la Charte européenne révisée reçu en Mars 2017 y compris les observations du gouvernement belge.

Organisation des services sociaux

Les services sociaux sont fortement décentralisés et sont principalement du ressort des régions et communautés (flamande, francophone et germanophone).

Le rapport explique qu'en Région flamande, les services sociaux proposent des mesures générales de protection sociale, une assistance à distance, un service de médiation de dettes et des activités d'insertion dans la collectivité. Il existe également une Agence flamande pour les personnes handicapées. Dans la Communauté flamande, les services sociaux sont en majorité dispensés par les Centres d'aide sociale générale (CASG), qui ont essentiellement trois missions : la prévention générale, l'accueil et l'accompagnement psychosocial. En raison de changements apportés à la réglementation, des fusions ont été opérées dans ce secteur. Depuis le 1^{er} janvier 2014, il reste 11 Centres d'aide sociale générale agréés en Flandre et à Bruxelles. Cinq centres de télé-accueil fournissent une aide anonyme par téléphone ou en ligne et permettent ainsi à ceux qui le souhaitent de faire part de leurs problèmes à des bénévoles spécialisés. En outre, la Flandre compte 322 organismes agréés chargés de la médiation de dettes (CPAS, CASG ou associations de CPAS). Le rapport fait également état de la création, par décret, d'instituts de cohésion sociale chargés de mener à bien des initiatives et projets spécifiques pour des personnes socialement défavorisées ou en situation d'exclusion sociale.

D'après le rapport, la politique à l'égard des personnes handicapées en Flandre a complètement changé depuis le dernier rapport établi au titre de la Charte révisée. L'Agence flamande pour les personnes handicapées (*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap – VAPH*) propose toujours un grand nombre de solutions pour répondre aux besoins des personnes handicapées en matière de soins mais, depuis peu, d'une manière beaucoup plus flexible et mieux adaptée aux demandeurs. Toutes les structures pour mineurs et majeurs ont été transformées ces dernières années et proposent désormais d'une part, une Offre flexible pour majeurs (*Flexibel Aanbod Meerderjarigen – FAM*) et, d'autre part, des Centres multiservices pour mineurs (*Multifunctionele Centra – MFC*). L'Agence recense trois formes d'aide directement accessible : l'accompagnement, l'accueil de jour et le séjour. Le rapport fait référence à d'autres types de soins et d'aides non directement accessibles et contient des données chiffrées communiquées par l'Agence concernant le nombre de bénéficiaires par type de soins et d'accompagnement.

Le rapport indique qu'au cours de la période 2012-2014, un certain nombre de modifications ont été apportées à la réglementation dans la Communauté flamande : a) 25 mai 2012 : modification du décret du 8 mai 2009 relatif à l'aide sociale générale ; b) 21 juin 2013 : arrêté du Gouvernement flamand relatif à l'aide sociale générale ; c) 11 décembre 2013 : arrêté ministériel fixant les indicateurs de résultats et précisant les tâches d'assistance des centres d'aide sociale générale et des centres de télé-accueil. La politique de qualité de ces centres est régie par le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale. Le Comité demande quel est l'impact de ces réformes législatives dans la pratique.

Le rapport indique que la Région wallonne autorise les différents services compétents à assurer une aide sociale et/ou médicale. Les services sont accessibles à tous, sans discrimination. Il s'agit de services de protection sociale – services de médiation de dettes, maisons d'accueil, centres de service social, relais sociaux, services d'insertion sociale et services d'aide familiale – et de services médicaux – services de santé mentale, relais santé, maisons médicales et centres de planning familial. Le nombre de dossiers traités est resté constant entre 2012 et 2015 (19 825 en 2012, 19 713 en 2015). En outre, le rapport souligne le nombre total de chaque centre spécialisé, sans accorder le nombre d'utilisateurs et d'employés qualifiés : les maisons d'accueil (57 maisons agréées) que ont pour mission d'assurer aux personnes en difficultés sociales un accueil, un hébergement limité dans le temps dans une structure dotée d'équipements collectifs ; les centres de service social (27 centres agréés) que accueillent les personnes et les familles qui se trouvent dans une situation critique ; les relais sociaux (7 organismes agréés) que mettent en réseau les acteurs publics et privés afin d'optimiser les réponses des partenaires aux besoins des personnes en détresse sociale aiguë ; les services d'insertion sociale (82 services agréés) que développent des actions collectives pour et avec les personnes, mobilisent les ressources des individus, assurent un suivi individuel, favorisent la participation à la vie sociale, économique, politique et culturelle, et renforcent la confiance des individus en leur propre capacité. A cet égard le Comité demande le nombre de bénéficiaires utilisant ces services et le nombre de personnel qualifié employé.

D'après le rapport, les services sociaux disponibles dans la Communauté germanophone s'articulent autour des organismes et institutions ci-après : a) CPAS : chaque commune du pays dispose de son propre Centre public d'action sociale (CPAS), qui a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Ils assurent non seulement une aide palliative et curative, mais encore une aide préventive. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique ; b) Office de la Communauté germanophone pour les personnes handicapées (DPB) : le DPB encourage toute forme d'autonomie et l'auto-détermination des personnes handicapées dans les domaines suivants : travail, logement, loisirs et sexualité. Le rapport indique également que ce sont des « *carrefours sociaux* » opérationnels, des lieux de rencontre pour les personnes à risque d'exclusion sociale, afin de promouvoir leur participation à la vie économique, politique, sociale et culturelle. En outre, le rapport énumère un certain nombre d'associations sans but lucratif qui fournissent une gamme différente de services tels que : des banques alimentaires pour les personnes en détresse, aide psychologique et social pour les femmes en situation de crise, services dans le domaine de la gestion ménagère, des travaux domestiques, services d'assistance téléphonique se tiennent à la disposition sans aucune discrimination à qui demande de l'aide, centres offrent des conseils sur les droits et devoirs des personnes issues de l'immigration qui résident dans la communauté germanophone, associations à but non lucratif chargée de mettre en place des mesures en faveur de l'intégration sociale, de l'emploi et de la lutte contre la pauvreté. Le rapport indique également que le décret sur l'hébergement d'urgence (*Notaufnahmewohnungen*) prévoit des formes d'accueil pour les personnes en détresse. En 2016, ce décret a été adapté pour faire en sorte qu'un logement d'accueil d'une organisation partenaire puisse être utilisé par une autre, afin d'exploiter au mieux les capacités existantes.

Accès égal et effectif

Le Comité rappelle que le droit aux services sociaux doit être garanti en droit et en fait. Au titre de l'article 14§1, le Comité examine les règles régissant les conditions d'admission au bénéfice du droit aux services sociaux (accès effectif et égalité d'accès), ainsi que la qualité et la surveillance des services sociaux (Conclusions 2005, Bulgarie). Les personnes qui sollicitent des services sociaux doivent recevoir tous les avis et conseils nécessaires pour pouvoir bénéficier des services disponibles en fonction de leurs besoins (Conclusions 2009, Observation interprétative de l'article 14§1).

Le rapport indique que, d'après les autorités flamandes, les Centres d'aide sociale générale (CASG) sont accessibles à la population au sens large mais doivent prendre particulièrement soin, dans leur fonctionnement, de toucher les groupes vulnérables. Les chiffres définitifs quant à la portée effective des centres ne sont pas encore disponibles ; les données provisoires montrent cependant que 90 762 personnes avaient été reçues en 2015 par les CASG et que 27 350 d'entre elles avaient bénéficié d'un accompagnement. L'aide fournie par ces Centres est gratuite ; pour certains aspects de leur fonctionnement, les coûts exposés peuvent faire l'objet d'une indemnisation (en cas d'accueil résidentiel, par exemple). S'agissant des centres de télé-accueil, les chiffres définitifs ne sont pas encore disponibles mais il ressort des données provisoires qu'en 2015, les 599 bénévoles ont été actifs dans les cinq centres pendant 121 209 heures. Ils ont assuré ensemble 73 033 heures de permanence téléphonique et 7 506 heures de permanence en ligne, pendant lesquelles ils ont eu 74 745 conversations téléphoniques et 6 874 conversations en ligne. L'aide fournie par ces centres est gratuite.

Le rapport indique que les autorités flamandes cherchent à obtenir une participation équilibrée des personnes d'origine étrangère dans tous les domaines de la société. La Commission politique d'intégration a été chargée, par décret, d'élaborer un projet de plan dont les objectifs ont été fixés par le Gouvernement flamand en juillet 2015. Le Comité demande que le prochain rapport revienne en détail sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan horizontal en matière de politique d'intégration et sur les résultats. Enfin, concernant les mesures de lutte contre la discrimination, la partie du rapport consacrée à la Communauté flamande fait état de l'existence, depuis 2008, d'un décret relatif à l'égalité des chances et à la non-discrimination, dont il avait déjà été question dans les précédents rapports (2009 et 2013).

Le rapport relatif à la Fédération Wallonie-Bruxelles indique que la sixième réforme de l'Etat, (septembre 2013), a conféré à la Région wallonne des compétences supplémentaires en matière de santé et d'aide aux personnes. La Région wallonne dispose donc aujourd'hui de leviers importants comme la promotion de la santé, la prévention, la coordination, les soins primaires, l'aide aux personnes handicapées, âgées ou atteintes de problèmes de santé mentale, les normes qualitatives et le financement des infrastructures, de l'équipement et du mobilier des services sociaux et hospitaliers. Le 2 décembre 2015, le Parlement wallon a voté un décret portant création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

En réponse à une demande formulée par le Comité dans la précédente conclusion (Conclusions 2013), le rapport donne également en annexe une description complète de la situation des services sociaux qui existaient en 2014 dans le domaine du handicap et des mesures juridiques prises pendant la période 2012-2015.

La partie du rapport consacrée à la Communauté germanophone indique que le décret du 25 janvier 2016 (en dehors de la période de référence) prévoit une extension du domaine de compétence du médiateur. Outre les autorités administratives, il est désormais compétent pour toutes les communes et organisations relevant de la Communauté germanophone qui accomplissent des tâches d'intérêt public. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations plus détaillées sur l'impact sur la pratique de l'accès égal et effectif aux services sociaux après l'introduction de cette mesure.

Le Comité demande aussi que le prochain rapport revienne en détail sur les développements récents et progrès réalisés suite à la mise en place de la sixième réforme de l'Etat, qui sont pertinents pour la fourniture de services sociaux dans toutes les différentes régions et communautés (flamande, francophone et germanophone).

Qualité des services

Le rapport fait état de l'entrée en vigueur, le 17 juillet 2014, dans la Région flamande d'un nouvel arrêté fixant des indicateurs de résultats et précisant les tâches d'assistance confiées

aux instituts régionaux de cohésion sociale. L'objectif est de mesurer la qualité des activités davantage au niveau de leurs résultats. Un budget annuel est alloué aux provinces et villes flamandes pour leurs projets de cohésion sociale.

Concernant la qualité des services, le rapport indique que le Gouvernement flamand n'impose aucune exigence aux Centres d'aide sociale générale pour ce qui est de la qualification de leurs employés. Toutefois, la formation du personnel et des bénévoles fait l'objet d'une attention toute particulière dans les politiques de contrôle de qualité de ces centres, notamment grâce aux indicateurs de résultats. Le traitement des plaintes visant les centres est d'abord assuré par les structures elles-mêmes, puis par le service de médiation flamand en deuxième instance. À cet égard, le Comité demande de fournir dans le prochain rapport des informations plus détaillées sur la façon dont la qualité des services sociaux est assurée et quel type de système de suivi des politiques de contrôle de la qualité existe.

S'agissant des organismes chargés de la médiation de dettes, le rapport explique que, pour être agréées, ces instances doivent employer au moins un travailleur social et un diplômé en droit ayant suivi une formation spécialisée ou disposant d'une expérience utile dans ce domaine d'au moins trois ans. Les onze groupements d'organismes agréés pour la médiation – qui couvrent toute la région – et le *Vlaams Centrum Schuldenlast* (Centre flamand de l'endettement – VCS) reçoivent une subvention annuelle. Celle-ci s'est élevée, en 2016, à 1 244 000 euros pour les onze groupements et à 369 000 euros pour le VCS. La médiation elle-même est gratuite. Dans les cas déterminés par le Gouvernement flamand, les coûts liés à la procédure de médiation peuvent être imputés au débiteur. Le traitement des plaintes est d'abord assuré par les structures elles-mêmes puis, en deuxième instance, par le responsable du traitement des plaintes du Département de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille du Gouvernement flamand.

Le rapport indique que les instituts flamands de cohésion sociale mènent une politique de contrôle de la qualité, conformément aux dispositions du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, politique modulée en fonction de leurs missions spécifiques. Les instituts définissent un cadre de référence pour les comportements abusifs à l'encontre des usagers. L'Administration veille en outre à la qualité de ces instituts et procède à cet effet à des inspections ; si les structures ne coopèrent pas, leur agrément peut leur être retiré. L'une des activités de l'Institut flamand de cohésion sociale est de donner une formation initiale et continue aux salariés, dirigeants et bénévoles. Les personnes travaillant dans les instituts régionaux sont également concernées. L'Administration tient une liste actualisée des postes (en équivalent temps plein) pourvus dans les instituts, avec leur répartition entre les différents secteurs d'activité : services sociaux, emploi, éducation, logement, santé, épanouissement culturel et sociétal, et activités dans des domaines d'intérêt particuliers.

La partie du rapport relative à la Fédération Wallonie-Bruxelles indique que, depuis le 1^{er} janvier 2016, il incombe à l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AviQ) de veiller à la transversalité et à l'efficacité optimales des mesures en place, de rationaliser la mosaïque actuelle de services sociaux et hospitaliers ou d'en créer de nouveaux pour répondre aux attentes des populations les plus vulnérables, dans le respect de leurs droits fondamentaux. De nouvelles dispositions ont déjà été prises par la Région wallonne (dont les effets seront progressivement décuplés compte tenu de la transversalité instaurée par la mise en place de l'AviQ). À cet égard, le Comité demande à fournir, dans le prochain rapport, des informations sur l'impact dans la pratique sur la qualité des services suite à l'introduction de l'Agence wallonne pour la qualité de vie (AviQ)

S'agissant la provision de places pour personnes handicapées adultes en situation de grande dépendance dans les centres d'accueil et d'hébergement, (réclamation collective n° 75/2011 formée par la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme (FIDH) contre la Belgique), le rapport indique que la Région wallonne a démontré sa volonté de diversification et de flexibilité de l'offre de services sociaux, mais a aussi plus

particulièrement, a) élaboré un premier plan de « grande dépendance », adopté par le Gouvernement wallon en mai 2013 avec un budget de 4,5 millions d'euros dégagé en 2014 ; b) créé une cellule « personnes en situation d'urgence » ou « cas prioritaires », qui intervient au cas par cas ; c) fait appel, dans le domaine de la santé mentale, aux sept cellules mobiles d'intervention créées en 2009 en coopération avec le service public fédéral Santé publique, qui ont aidé les personnes atteintes de handicap psycho-social et de graves troubles du comportement ; une convention a également été signée entre le Centre régional psychiatrique, l'établissement de protection sociale « Les Marronniers » et l'AWIPH ; d) mis en place des mesures spécifiques pour traiter des lésions cérébrales.

Le rapport mentionne l'adoption, durant la période de référence, des mesures législatives ci-après : a) arrêté du Gouvernement wallon du 24 octobre 2013 modifiant certaines dispositions du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, Deuxième partie, Livre V, Titre XII, relatives à l'autorisation de prise en charge des personnes handicapées et aux services organisant des activités pour personnes handicapées ; b) arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2014 modifiant le code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé et arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour, ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, en ce qui concerne les normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins. À cet égard, le Comité demande à connaître dans le prochain rapport l'impact en pratique après l'introduction de ces mesures législatives.

Dans sa précédente conclusion (Conclusions 2013), le Comité a demandé quelles avaient été les principales conclusions de l'audit sur l'Agence pour les personnes handicapées de la Communauté germanophone, commandité par le Gouvernement. Le rapport indique qu'entre 2011 et 2014, un audit a été réalisé au sein de l'Office pour personnes handicapées de la Communauté germanophone. Il a abouti à l'adoption des mesures suivantes : a) structuration et documentation des tâches principales et procédures secondaires de l'Office et attribution des responsabilités ; b) précision et actualisation des missions de la « commission d'évaluation », rebaptisée « organe consultatif spécialisé » pour mieux refléter ses missions ; c) description de tous les services fournis par l'Office dans un seul document ; d) mise au point d'un guide comprenant une procédure d'application générale pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des conventions de prestation entre l'Office et les organes directeurs des institutions et les prestataires de services pour personnes handicapées ; e) mise au point d'un guide comprenant une procédure d'application générale pour la gestion des réclamations au sein de l'Office.

Dans l'appréciation du suivi de la décision sur le bien-fondé Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH) c. Belgique, réclamation n° 75/2011 relative à la Région flamande, le Comité a considéré que des progrès ont été réalisés pour assurer que les adultes très dépendants des handicaps ont un accès égal et effectif aux services sociaux. Cependant, toutes les mesures envisagées n'ont pas encore été adoptées et 63 % des personnes handicapées attendent toujours une solution. Le Comité a demandé que les informations sur les suites données aux décisions qui seront soumises en octobre 2017 indiquent le pourcentage d'adultes handicapés très dépendants qui ont accès à des services sociaux. Le Comité évaluera donc la situation sur la base de ces informations. En ce qui concerne la Région wallonne, le Comité a estimé que des progrès avaient été accomplis pour garantir que les adultes handicapés très dépendants aient un accès égal et effectif aux services sociaux. Le Comité a pris note des mesures envisagées et a invité le Gouvernement à confirmer, dans les informations sur les suites données aux décisions qui seront soumises en octobre 2017, si cet objectif a été atteint. En ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, le Comité a pris note des mesures prises. Le Comité a estimé que des progrès avaient été réalisés pour faire en sorte que les adultes handicapés très dépendants aient un accès égal et effectif aux services sociaux. Cependant, toutes les mesures prévues n'ont pas été adoptées à ce jour. Le Comité a demandé que les

informations suivantes indiquent le pourcentage d'adultes handicapés très dépendants qui n'ont pas accès à des services sociaux. Le Comité évaluera si les mesures prises garantissent que tous les membres de ce groupe ont accès aux services d'aide sociale sur la base des informations sur le suivi donné aux décisions qui seront soumises en octobre 2017.

Le Comité a donc estimé que la situation n'avait pas été mise en conformité avec la Charte.

Dans l'appréciation du suivi de la décision sur le bien-fonctionnement Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH) c. Belgique, réclamation n° 75/2011, le Comité a noté qu'il existe des centres de jour, des services de logement et des centres d'assistance au jour le jour. Région de la capitale qui fournit des conseils, de l'information et de l'aide personnelle à des adultes handicapés très dépendants. Le Comité a demandé confirmation que ces services de bien-être répondent aux critères suivants : personnel qualifié en nombre suffisant ; les adultes handicapés très dépendants devraient être impliqués dans les décisions les concernant autant que possible ; mécanismes publics et privés de surveillance de l'adéquation des services. Le Comité a estimé que la situation n'avait pas été mise en conformité avec la Charte.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 14§1 de la Charte aux motifs que :

- il existe des obstacles importants à un accès égal et effectif des adultes handicapés très dépendants aux services sociaux adaptés à leurs besoins ;
- il y a un manque d'institutions fournissant des conseils, des informations et une aide personnelle aux adultes handicapés très dépendants dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Article 14 - Droit au bénéfice des services sociaux

Paragraphe 2 - Participation du public à la création et au maintien des services sociaux

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique.

Le Comité rappelle que l'article 14§2 fait obligation aux Etats de venir en aide aux organisations bénévoles qui cherchent à créer des services sociaux (Conclusions 2005, Observation interprétative de l'article 14§2). Cela n'implique pas qu'il faille un modèle uniforme : les Etats peuvent parfaitement poursuivre cet objectif par des voies différentes, certains privilégiant des services gérés conjointement par des organismes publics, des sociétés privées et des associations bénévoles, tandis que d'autres préféreront laisser entièrement au secteur associatif le soin d'organiser certains services. Les « individus et organisations bénévoles ou autres » dont il est question au paragraphe 2 incluent le secteur associatif (organisations non gouvernementales et autres associations), les particuliers et les sociétés privées. De plus, afin de veiller à la qualité des services et de garantir les droits des usagers ainsi que le respect de la dignité humaine et des libertés fondamentales, un mécanisme de contrôle effectif en termes de prévention et de réparation est nécessaire.

Le Comité prend note des informations détaillées relatives aux services sociaux mis en place dans les trois Entités fédérées : l'Autorité flamande, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Communauté germanophone. Il demande que le prochain rapport contienne des informations similaires actualisées, concernant la participation et le rôle des prestataires non publics, les mécanismes de contrôle de qualité des services gérés par des organisations non publiques, les mécanismes de consultation des usagers des services sociaux, et sur la tarification des services sociaux.

Le Comité dans les Conclusions 2015 a relevé dans les informations consacrées au nouvel accord de gouvernement adopté par le Gouvernement flamand pour la période 2014-2019 qu'un certain nombre de réformes touchaient les services sociaux. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations sur la mise en œuvre de cet accord et des résultats qu'il a permis d'obtenir pour encourager les particuliers et les organisations bénévoles ou autres à mettre sur pied des services sociaux.

Conclusion

Dans l'attente des informations demandées, le Comité conclut que la situation de la Belgique est conforme à l'article 14§2 de la Charte.

Article 30 - Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le Comité prend note des informations figurant dans le rapport de la Belgique. Il prend note également des informations figurant dans les commentaires transmis le 29 mars 2017 par le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et dans ceux communiqués le 28 avril 2017 par le gouvernement belge dans un addendum au rapport national, des observations présentées le 31 mars 2017 par le Centre interfédéral pour l'égalité des chances (Unia) et le Centre fédéral migration (Myria), ainsi que de celles soumises le 31 août 2017 par le *Belgian Disability Forum*.

Mesure de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Le principal indicateur utilisé par le Comité pour mesurer la pauvreté est le taux de pauvreté relative. Celui-ci correspond au pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, qui est fixé à 60 % du revenu médian ajusté.

Le Comité note que, d'après Eurostat, 21,1 % de la population belge était menacée de pauvreté et d'exclusion sociale en 2015, soit un taux inférieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne (23,7 %). Le pourcentage d'enfants (âgés de 0 à 17 ans) vivant dans un ménage à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale était de 23,3 % (28,9 % dans l'UE-28), le pourcentage d'adultes (âgés de 18 à 64 ans) était de 21,7 % (24,7 % dans l'UE-28) et le pourcentage de personnes âgées était de 16 % (17,4 % dans l'UE-28).

Toujours selon Eurostat, le taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux était en 2015 à 26,7 %, juste au-dessus du taux de l'UE-28 de 25,9 %. Le taux de risque de pauvreté après transferts sociaux était de 14,9 % en 2015, ce qui est bien en deçà du taux de 17,3 % de l'UE-28.

Le Comité note, d'après les données d'Eurostat de 2015, qu'en Belgique la situation de la population vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale n'évolue pas, même si le taux de pauvreté chez les personnes âgées diminue.

Approche suivie pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le Comité rappelle qu'au titre de l'article 30, les Etats parties doivent communiquer des informations sur les mesures mises en place au niveau national pour combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le Comité prend note de l'approche et des mesures adoptées par les différentes régions et communautés de Belgique.

Le rapport indique qu'en Flandre, le décret du 21 mars 2003 relatif à la lutte contre la pauvreté a été modifié le 20 décembre 2013 autorisant les autorités flamandes à subventionner les collectivités locales en vue de développer et soutenir des initiatives locales de lutte contre la pauvreté infantile.

En Wallonie, différentes mesures ont été prises depuis 2012 afin de mettre en place une approche globale et coordonnée qui puisse favoriser l'accès aux droits sociaux que constituent notamment l'emploi, le logement, la culture et l'assistance médicale. Le 10 septembre 2015, un premier plan de lutte contre la pauvreté a été adopté. Structuré autour de onze thèmes, ce plan transversal a pour objectif d'apporter des réponses concrètes et efficaces à des difficultés précises rencontrées par les personnes qui risquent de se trouver en situation de pauvreté.

En 2013, le Gouvernement de la Communauté germanophone a réalisé une étude concernant la pauvreté et la vulnérabilité sociale au sein de sa population et a mené en 2014 et 2015, sur la base de cette analyse, une action organisée en trois phases. Au cours de la première phase, une comparaison a été effectuée avec la situation des autres Communautés de l'Etat fédéral belge. Cette comparaison a permis de dégager les caractéristiques de la population visée par l'action sociale et de voir comment déployer le dispositif d'aide sur le territoire de la Communauté germanophone. La deuxième étape a

consisté à recueillir des données en faisant appel à un échantillon de situations tirées de la vie réelle. La troisième phase, analytique, a permis à la Communauté germanophone d'établir un réseau d'action sociale.

Selon la Cour des comptes de Belgique qui a analysé en 2016 la qualité, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du deuxième Plan fédéral de lutte contre la pauvreté (2012 – 2015), le risque de pauvreté reste depuis 2008 autour de 21 % en Belgique, mais le nombre de personnes confrontées à ce risque augmente et est plus élevé que dans les pays voisins. La Cour a considéré que le deuxième Plan était « davantage une liste d'actions qu'un instrument de politique publique » et souligné que la multiplicité des niveaux de pouvoirs, intervenants, instruments et politiques publiques renforçait le risque de fragmentation et d'inefficience de l'action publique dans le domaine de la lutte contre la pauvreté. La Cour a par ailleurs estimé que le système de protection sociale et les prestations de sécurité sociale n'étaient pas à la hauteur du problème étant donné l'écart structurel entre le seuil de pauvreté et les allocations de base, ajoutant que les services administratifs n'étaient pas suffisamment associés à la formulation et à la mise en œuvre des politiques.

Le Comité relève dans le rapport 2017 relatif à la Belgique établi par le Semestre européen que la pauvreté dans laquelle vivent des ménages belges est principalement imputable au chômage, mais le risque de pauvreté est atténué par la fiscalité et les transferts sociaux. Le rapport précité pointe des disparités persistantes et croissantes entre les régions en termes d'inactivité et de chômage de longue durée, et dénonce la faiblesse des taux de transition vers l'emploi. Le taux de risque de pauvreté a baissé chez les personnes âgées (plus de 65 ans) et augmenté chez les jeunes (16 – 24 ans), en particulier lorsqu'ils sont peu qualifiés, handicapés ou d'origine immigrée. Une forte proportion de migrants extracommunautaires vit en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale : 50,7 % en 2015 (contre 27,5 % des migrants nés dans un pays de l'UE et 17 % des personnes nées en Belgique), chiffre supérieur au pourcentage de citoyens nés hors de l'UE que comptent les 28 Etats membres (40,2 % en 2015). De plus, l'écart qui sépare les personnes handicapées et les personnes valides pour ce qui concerne le taux de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale atteint 17,7 %, soit nettement plus que la moyenne de l'UE (9,7 %).

Le Comité relève dans les commentaires susmentionnés que :

- la Cour des comptes de Belgique a critiqué le deuxième Plan fédéral de lutte contre la pauvreté (2012 – 2015) ;
- l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés sont parvenus à un accord concernant la continuité de la politique en matière de pauvreté, accord qui vise à mettre en place une politique transversale, globale et coordonnée en la matière. Plusieurs outils ont été créés à cet effet, notamment le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale et la Conférence interministérielle Intégration sociale (CIM). Des tests d'impact de la pauvreté ont été réalisés dans les Régions ;
- les personnes handicapées vivent en grande majorité dans une situation socio-économique particulièrement difficile, ce qui a de graves répercussions lorsqu'il leur faut faire face à certains frais liés à leur handicap et aux besoins essentiels ; leur taux d'emploi est inférieur à la moyenne nationale. Le régime des allocations devrait être revu. L'étude « Handilab » réalisée en 2012 a démontré la situation de pauvreté dans laquelle vit 40 % de la population qui perçoit une allocation de handicap, ce qui veut dire que 39,3 % ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté – contre 14,6 % dans la population belge totale. Le Conseil national des personnes handicapées a cependant souligné la grande qualité du rapport 2014 – 2015 qui « présente le grand intérêt de mettre en évidence des mesures concrètes et attendues [...] et suggère des mécanismes qui assureront des réponses aux besoins » ;
- l'accès au logement pour les personnes en situation de précarité s'avère particulièrement difficile en raison de l'insuffisance de l'offre de logements

publics et de l'existence de pratiques discriminatoires dans le secteur du logement tant public que privé. L'Etat fédéral et les entités fédérées ont signé en 2014 un accord de coopération concernant le sans-abrisme et l'absence de chez-soi, qui vise à poursuivre, coordonner et harmoniser leurs politiques en vue de prévenir et combattre ces phénomènes. Des efforts sont faits dans les Régions afin de faciliter l'accès au logement pour les Gens du voyage ;

- le nonaccès et le non-recours aux droits constituent un problème non négligeable et remettent en cause la pertinence des politiques menées. Dans sa réponse aux commentaires, le gouvernement renvoie aux mesures destinées à faciliter l'octroi de droits dérivés. Ainsi, un projet en partenariat avec la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale envisage d'accorder des droits dérivés de façon automatique ou avec un minimum de formalités administratives ; de même, l'initiative expérimentale « Housing First Belgium » entend donner à des personnes sans domicile l'accès à un logement et leur conférer des droits dérivés.

Le Comité se réfère en outre à ses conclusions de non-conformité en vertu d'autres dispositions de la Charte qui sont pertinentes pour l'évaluation de la conformité au regard de l'article 30 (voir Conclusions 2013 et l'Observation interprétative de l'article 30). Il fait en particulier référence :

- à l'article 14§1 et à ses conclusions selon lesquelles, d'une part, des obstacles entravent l'accès égal et effectif des personnes handicapées adultes en situation de grande dépendance aux services sociaux adaptés à leurs besoins et, d'autre part, il n'existe pas d'institutions donnant des conseils, informations et aides personnelles aux personnes handicapées adultes en grande dépendance dans la Région de Bruxelles-Capitale (Conclusions 2017) ;
- à l'article 15§1 et à sa conclusion selon laquelle le droit des personnes handicapées à l'intégration dans l'éducation en milieu ordinaire n'est pas effectivement garanti (Conclusions 2016).

Dans sa réponse aux commentaires du Service de la lutte contre la pauvreté et la précarité sociale, le Gouvernement indique que l'Etat fédéral a mis en place une coordination entre les différents ministères afin de pouvoir harmoniser les différentes législations en matière d'assistance sociale et que les compétences concernant la lutte contre la pauvreté sont réparties entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, notamment (1) pour les mesures d'énergie, (2) la participation et l'activation sociale, et (3) la lutte contre l'absence de logement (sans-abri). Le Comité demande que le prochain rapport explique comment le gouvernement fédéral coordonne les mesures et les efforts déployés pour parvenir à l'« approche globale et coordonnée » requise par l'article 30 de la Charte.

Sur la base de ce qui précède, le Comité considère que la situation demeure contraire à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Contrôle et évaluation

Le Comité prend note des informations communiquées sur le suivi et l'évaluation de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Il relève ainsi qu'en Flandre, le plan de lutte contre la pauvreté fait l'objet d'un suivi biennal. La Communauté germanophone s'est dotée, dans un but similaire, d'un « Observatoire de la pauvreté » qui vise à évaluer régulièrement les indicateurs de pauvreté. Le Comité demande que le prochain rapport contienne des informations pertinentes en ce qui concerne les activités de suivi menées par la région de la Wallonie.

Le Comité note que le rapport ne contient aucune information sur le rôle de coordination des autorités fédérales belges en matière de suivi et d'évaluation de la pauvreté et de l'exclusion sociale au niveau national. Il demande au gouvernement de la Belgique que le prochain rapport contienne des informations pertinentes sur ce point, y compris sur le dialogue établi

avec la société civile ainsi qu'avec les personnes affectées par la pauvreté et l'exclusion sociale (voir également l'Observation interprétative de l'article 30 – Conclusions 2013).

Le Comité renvoie à la décision sur le bien-fondé rendue le 21 mars 2010 dans la réclamation collective n° 62/2010, Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH) c. Belgique, ainsi qu'à la Résolution ResChS(2013)8 du Comité des Ministres. Dans ladite décision, le Comité a estimé qu'il y avait eu violation de l'article E combiné à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existait pas de politique globale coordonnée, notamment en matière de logement, à l'égard des Gens du voyage, pour prévenir et combattre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le 12 décembre 2015, les informations communiquées par les autorités belges concernant le suivi de cette décision ont fait apparaître que la situation n'avait pas été rendue conforme à la Charte. Le Comité examinera à nouveau le suivi sur la base du prochain rapport simplifié qui sera soumis par la Belgique en octobre 2017.

Conclusion

Le Comité conclut que la situation de la Belgique n'est pas conforme à l'article 30 de la Charte au motif qu'il n'existe pas d'approche globale et coordonnée adéquate en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.