

 ACTUALITÉS

Le plaidoyer du CCRE à la Commission européenne

 SOUS LA LOUPE

Pratiques des CPAS en soins de santé :
interview de Karine Lalieux

 NOS COMMUNES

Un chatbot à Woluwe

Trait d'Union

Ville et Communes de Bruxelles-Capitale



I Dossier Santé & Social

ED. RESP. CORINNE FRANÇOIS - N° 7318

N° 117

BUREAU DE DÉPÔT : BXL X
MAGAZINE BIMESTRIEL
MARS-AVRIL 2020
AGRÉATION P 921662

 **BRULOCALIS**
ASSOCIATION VILLE & COMMUNES DE BRUXELLES



La fraude en ligne...

ça n'arrive pas qu'aux autres!

La fraude aux paiements en ligne est un phénomène en constante augmentation.
Aujourd'hui, pas moins de 8 organisations sur 10 y sont confrontées.

Et pour 10% d'entre elles, cela représente des pertes pouvant aller au-delà de 100.000 euros. Chez Belfius, votre sécurité est une priorité absolue. C'est pourquoi nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection optimale. En plus de sécuriser vos transactions, nous vous accompagnons avec de nombreuses initiatives telles qu'un diagnostic de votre exposition aux risques de fraude, un logiciel antifraude, sans oublier une évaluation de vos systèmes de sécurité informatique ainsi qu'une assurance pour couvrir les pertes financières en cas de cyberattaque.

Offrez-vous la sérénité d'esprit pour toutes vos transactions.

Vous voulez passer à l'action? Contactez votre chargé de relations.

 **Belfius**
Banque & Assurances

AGIR EN SANTÉ



Qu'est-ce que la santé ? Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), la santé est « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Si l'on se réfère à cette définition, vivre en ville et en bonne santé est loin d'être une évidence, c'est même souvent un sacré défi. Les villes et communes sont un lieu de ressources, mais elles peuvent aussi accentuer une fragilité sociale. Un emploi précaire, un logement insalubre, une exposition permanente à de trop nombreuses sources de pollution sont des facteurs qui influent sur la qualité de l'environnement. Et l'on sait que celle-ci est intrinsèquement liée à la santé. En région bruxelloise, la qualité de vie est extrêmement variable et les inégalités sont

bien visibles. Les différences socio-économiques qui caractérisent les quartiers bruxellois ont un impact considérable sur la santé des habitants. Ainsi, selon l'étude « Tous égaux face à la santé à Bruxelles » réalisée par l'Observatoire de la santé et du social à Bruxelles (voir page 16), un nouveau-né dont la mère vit à Woluwe-Saint-Pierre a une espérance de vie de 85 ans, tandis que l'espérance de vie d'un nouveau-né dont la mère vit à Saint-Josse-Ten-Noode est de 80 ans. Les habitants de certains quartiers des 19 communes bruxelloises ont également davantage de risques d'être atteints de diabète ou de souffrir de problèmes bucco-dentaires.

La santé, c'est évidemment aussi une affaire de soins et de moyens financiers pour y faire face. Une récente étude de Médecins du Monde (voir page 43) révélait que 26 % des familles belges estiment que le montant des soins de santé est difficile, voire très difficile à concilier avec leur budget disponible.

Face à ces constats, les politiques de santé auraient tout intérêt à s'envisager de manière globale et positive et devraient miser autant, si pas plus, sur la prévention que sur la guérison. Ce n'est pas un vœu pieux, de nombreux acteurs de la santé travaillent en ce sens. Mais le morcellement de la compétence entre les différents niveaux de pouvoir rend compliquée toute forme d'évolution.

Les champs d'action en matière de santé sont principalement entre les mains des gouvernements fédéral, régionaux et communautaires. Pourtant, la santé apparaît de manière transversale dans toutes les compétences communales.

Les pouvoirs locaux agissent sur les déterminants de la santé

Si l'on souhaite privilégier le travail de prévention et de promotion, si l'on veut influencer sur les déterminants de santé, alors de nombreux acteurs locaux ont une place à prendre, un rôle à jouer. Ceux-ci ont une connaissance des quartiers, de ses associations et de ses habitants. Ils ont une capacité à mobiliser, à sensibiliser, à interpeller, à coordonner des ressources locales, à soutenir des projets de quartiers, à activer des relais...

Les élus locaux peuvent également agir sur la mobilité, le logement, la qualité de l'air, l'alimentation dans les crèches, les écoles et les résidences pour Seniors. Ils peuvent faciliter l'accès aux activités sportives et culturelles, améliorer la qualité des espaces publics, multiplier les espaces verts, promouvoir les liens sociaux et l'accès aux services de proximité. Ils peuvent également compter sur l'appui de SACOPAR¹ (Santé, Communauté, Participation) pour élaborer des stratégies et développer des compétences précieuses en matière d'actions autour de la santé physique mais aussi mentale. L'étude de l'Observatoire de

la santé et du social à Bruxelles reprend des données de l'enquête santé (2013) montrant que la part de la population confrontée à des problèmes de santé mentale est supérieure à Bruxelles, en comparaison aux autres régions. Pas moins de 40 % de la population exprimait un mal être psychique.

Les indispensables missions des CPAS

Quant à l'insertion des personnes les plus précarisées dans le système de santé, celle-ci passe essentiellement par les CPAS. Leur mission d'information est cruciale. De nombreux citoyens en situation de pauvreté sont souvent peu renseignés sur les dispositifs qui leur sont accessibles pour améliorer leur qualité de vie et avoir accès aux soins de santé. À titre d'exemple, un nombre considérable de personnes ne savent pas qu'elles entrent dans les conditions leur permettant de bénéficier de l'intervention majorée. Les CPAS doivent également combler les failles de la sécurité sociale. Ils offrent un soutien à ceux qui en sont exclus. L'aide médicale urgente est actuellement la seule forme d'aide sociale à laquelle les personnes en séjour illégal ont droit. Cette année, les 19 CPAS de la région de Bruxelles-Capitale s'engagent à harmoniser et à renforcer leurs pratiques et leurs politiques (voir page 32). Je salue et soutiens cette initiative, comme toutes celles qui facilitent l'accès aux soins, renforcent les actions communautaires et favorisent l'implication du citoyen comme acteur de sa santé. Je pense ici au précieux travail effectué par les maisons médicales.

Ces acteurs locaux de la santé doivent être soutenus par la Région bruxelloise et la Fédération Wallonie-Bruxelles. Tout investissement qui améliorerait et renforcerait leurs actions doit être encouragé. Celles-ci sont un véritable levier pour réduire les inégalités. Leur légitimité mérite d'être reconnue, car si l'on souhaite que la santé ne soit pas un privilège accessible aux Bruxellois les plus aisés, elle ne doit être l'exclusivité d'aucun niveau de pouvoir.

Stéphane ROBERTI,
Président Brulocalis

ERRATA

Une partie de phrase a disparu dans l'interview parue dans notre édition 116, pour l'article « Schaerbeek montre la voie aux autres communes européennes en matière d'intégration de migrants ». A la page 33, deuxième colonne, juste sous l'illustration, il faut lire :

Quel fut le rôle du politique dans le projet ?

Les échevines, Mesdames Byttebier et Haddioui, ainsi que tout le Collège nous ont soutenu tout au long du processus. Nous avons la chance d'être dans une commune qui a toujours accordé beaucoup d'importance à la thématique de l'intégration et de la cohésion sociale.

Toutes nos excuses à nos lecteurs pour cette disparition

Et pour plus d'infos sur les deux échevines :

<https://www.1030.be/fr/administration-politique/vie-politique/elus/college>

Dernière minute

Suite aux mesures sanitaires décidées par le Gouvernement, certains de nos événements sont annulés ou reportés. Consultez notre site pour plus d'infos

BRULOCALIS EST EN TELETRAVAIL

Vu la situation exceptionnelle, nos Equipes sont en télétravail pour rester à votre service.

Votre message sera donc traité dans les meilleurs délais.

Brulocalis suivra évidemment les implications du Coronavirus sur les dossiers communaux.
Nous vous remercions de votre confiance et compréhension.

1. Les missions et les objectifs de l'association SACOPAR s'inscrivent dans le concept de Promotion de la Santé défini dans la Charte d'Ottawa qui implique le développement de nouvelles stratégies.

L'association SACOPAR développe des activités selon trois axes d'intervention dont le développement et l'intégration des pratiques de promotion de la santé au niveau local par l'appui aux élus et décideurs communaux, la mise en valeur des initiatives communales, l'élaboration d'outils d'information spécifiques, la formation. www.sacopar.be

SOMMAIRE

DOSSIER SANTÉ ET SOCIAL

SOUS LA LOUPE

L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ	09
TOUS ÉGAUX FACE À LA SANTÉ À BRUXELLES ? DONNÉES RÉCENTES ET CARTOGRAPHIE SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	16
LES NON-UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ - QUI SONT-ILS ?	24

NOS COMMUNES

OBSERVATOIRE DU SOCIAL À SCHAERBEEK : FENÊTRE SUR LA SOCIÉTÉ LOCALE POUR MIEUX EN APPRÉHENDER LES DYNAMIQUES	26
--	----

SOUS LA LOUPE

KARINE LALIEUX PARLE DE L'HARMONISATION PAR LES CPAS DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ	32
LES REVENDICATIONS DES CPAS EN MATIÈRES DE SANTÉ	36
6 RECOMMANDATIONS DE MEDECINS DU MONDE POUR LUTTER CONTRE LE FOSSÉ GRANDISSANT EN MATIÈRE DE SOINS	43

ACTUALITÉS

STATUTS SOCIAUX HARMONISÉS (SSH) – DROITS COMPLÉMENTAIRES – MYBENEFITS	44
UNE APP SANTÉ, C'EST LE BON PLAN	46
BRUXELLES SOCIAL : UNE CARTOGRAPHIE EN LIGNE POUR UN MEILLEUR ACCÈS À L'OFFRE SOCIALE-SANTÉ DANS VOTRE COMMUNE	50

NOUVEAU

LES CPAS DU PAYS CLARIFIENT LA NOTION DE DIGNITÉ HUMAINE POUR TENTER D'OPTIMISER L'AIDE SOCIALE FINANCIÈRE	53
--	----

SOUS LA LOUPE

LES SERVICES DU CPAS DE BERCHEM-SAINTE-AGATHE QUI FACILITENT LE QUOTIDIEN	58
---	----

NOS COMMUNES

UN EMPLOYÉ COMMUNAL VIRTUEL DIALOGUE AVEC LES CITOYENS À DISTANCE	60
---	----

EUROPE EN CAPITALES

LE CCRE PLAIDE POUR L'EUROPE LOCALE AUPRÈS DES CABINETS DES COMMISSAIRES	62
--	----

ASSOCIATION EN ACTION

CONTRÔLE PAR LES FACTEURS DES CONDITIONS GRAPA	63
--	----

CHANGEMENT AU TRAIT D'UNION

Vincent Dewez, qui avait assuré la coordination de la revue du numéro 104 jusqu'au numéro 116, cède celle-ci à **Philippe Delvaux**. Remercions ici Vincent Dewez pour le dévouement donné tout au long de ces 13 numéros.

Publié avec le soutien de



BRUXELLES POUVOIRS LOCAUX
SERVICE PUBLIC RÉGIONAL DE BRUXELLES



N° 117

MAGAZINE BIMESTRIEL
MARS-AVRIL 2020

DIRECTION :
Corinne François

COORDINATION :
Philippe Delvaux

RÉDACTION :
Hervé Avalosse, Carlo Caldarini, Emily Clissold, Philippe Delvaux, Sofia Douieb, Dirk Kaekebeke, Karine Lalieux, Isabelle Leroy, Sarah Luyten, Sarah Missinne, Chloé Pinaud, Sophie Querton, Stéphane Roberti, Françoise Tomasetti, Clara Van Reeth, Valérie Wispeninckx.

TRADUCTION :
AV Translations
Lógos Languages

La rédaction remercie les services de traduction et de layout qui ont fait tout leur possible dans des conditions particulièrement difficiles.

SECRÉTARIAT :
Joao André

GESTION DES ABONNEMENTS :
02 238 51 49
welcome@brulocalis.brussels

RÉGIE PUBLICITAIRE :
Target Advertising
02 880 59 14 ou 081 55 40 78
www.targetadvertising.be

PHOTO DE COUVERTURE :
Shutterstock

Trait d'Union est imprimé sur papier recyclé à 100 %.

Dit tijdschrift bestaat ook in het Nederlands.
Contacteer ons secretariaat :
welcome@brulocalis.brussels

Depuis 2002, Trait d'Union est intégralement disponible sur www.brulocalis.brussels

BRULOCALIS, Association Ville & Communes de Bruxelles
Rue d'Arlon 53/4 - 1040 Bruxelles
Tél 02 238 51 40 - Fax 02 280 60 90
welcome@brulocalis.brussels
www.brulocalis.brussels

FAITES PARLER VOTRE COMMUNE DANS LE TRAIT D'UNION

Trait d'Union est moins le magazine de Brulocalis que celui de ses membres, des communes, des CPAS et des intercommunales bruxelloises. Il est tout entier conçu pour elles et eux. Mais l'est-il pour autant par ses membres? Reste à voir.

Si vous nous suivez régulièrement, vous savez que vous retrouverez au sommaire de la revue des articles techniques – de ceux que vous n'emporterez pas en vacances mais qui offriront un support bien utile pour votre travail – aussi bien que le compte-rendu du travail de défense d'intérêt de Brulocalis ou encore les nouvelles initiatives, expériences ou changements réglementaires... qui impacteront votre travail.

Mais pourquoi ne pas mieux encore mettre en valeur telle expérience pilote communale, tel nouveau processus, tel marché public innovant,...

Votre commune a développé quelque chose de novateur? Pourquoi ne pas partager – et valoriser – votre expérience avec vos pairs.

Proposez-nous vos sujets, venez expliciter votre démarche pour faire essaimer la bonne gouvernance. Pour peu que votre communication puisse s'adresser aux autres communes, nos colonnes vous sont ouvertes. Trait d'Union est le support clé pour partager votre métier et votre expertise, tant avec les fonctionnaires qu'avec les mandataires bruxellois.

DES PROPOSITIONS DE CONTENUS ?

Contactez notre rédaction :
Brulocalis, service Info-Com : publi@brulocalis.brussels

LE SAVIEZ-VOUS ? TRAIT D'UNION NUMÉRIQUE VOUS OFFRE LES HYPERLIENS

Depuis le [Trait d'Union 2016/4](#) (et «numéro 97» si on avait adopté la nouvelle numérotation!) de septembre, la version PDF de la revue, consultable soit sur le site de Brulocalis, soit sur la [plateforme de partage de revue ISSUU](#), comprend des hyperliens renvoyant vers d'autres contenus, propres à Brulocalis ou ressortant à d'autres sources.

A l'ère digitale, la simple note de bas de page nous semblait en effet trop limitée et Brulocalis souhaite vous amener aussi souvent que possible directement vers l'information.

Un clic, et c'est joué!

NOS PRINCIPALES RUBRIQUES

■ Association en action

Un condensé (non exhaustif) des dossiers sur lesquels travaille Brulocalis. Pour ne pas devoir attendre le rapport d'activité!

■ Sous la loupe

Rubrique structurante de la revue, «*Sous la Loupe*» rassemble les articles les plus techniques et spécialisés ou les plus détaillés.

■ Dans nos communes

La rubrique répercute, à l'intention des autres communes, une initiative d'une ou plusieurs communes qui ont valeur exemplative.

■ Echo de la Région

L'Écho reprend des réalisations ou projets régionaux intéressant les communes.

NOS COMMUNES

> **Clara VAN REETH** - journaliste

10 ANS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS LES COMMUNES ET CPAS : BILAN ET PERSPECTIVES ?

Depuis 2008, la mise en place d'Agendas 21 à Bruxelles a pour objectif d'aider les pouvoirs locaux à développer de nouveaux projets de développement durable et à intégrer celui-ci au sein de leur politique.

A l'occasion de ce dixième anniversaire, Brulocalis Environnement et Brulocalis Développement, dans les bâtiments de Bruxelles Environnement, Avenue du Parc, le 14 juin 2018, ont organisé une journée d'échange pour discuter le bilan et envisager les perspectives de l'Agenda 21 local, comment est un document de développement durable et à quel point les politiques locales? Quelles sont les pistes de réflexion pour l'avenir?

Les réponses à ces questions se trouvent, en partie, dans l'étude de consultation réalisée par **EPHU (Centre d'études et de recherches urbaines)**, présentée lors de la réunion. Basée sur un questionnaire envoyé à vingt-deux porteurs de projets locaux (communes et CPAS), cette enquête tente de mesurer les succès et l'impact du programme Agenda 21 à Bruxelles.

UN BILAN POSITIF MAIS HÉTÉROGÈNE

Premier constat : la mise en œuvre de l'Agenda 21 est globalement jugée de façon positive par les communes et CPAS interrogés. Si l'ensemble des fonctionnaires et élus du terrain qui ont participé à l'Agenda 21 ont été satisfaits de la mise en place de pratiques telles que le développement durable des pouvoirs locaux, ainsi qu'une plus grande participation citoyenne, la mise politique, bien que la complexité du développement durable ait toujours posé un défi – plus encore par un bourgmestre – l'Agenda 21 est toutefois considéré comme bien intégré dans la politique générale des communes, sauf les porteurs de projet intermédiaires par EPAS. Les plans d'action développés ont en effet permis d'intégrer le développement durable dans les différents politiques communales, à travers une approche transversale et axée de liens avec les différents services communales. Cependant, l'étude pointe également un manque de reconnaissance et de budget, sentiment partagé par plusieurs porteurs de projet locaux. La portée de cette approche transversale apparaît donc limitée, dans une certaine mesure par le dimensionnement des services et des compétences entre acteurs.

Nuances marquées entre communes

Derrière ces grandes tendances se cachent néanmoins de nombreuses subtilités, dues à l'existence plus ou moins des différents plans d'action mis en place. 1.251 actions au total ont en effet eu lieu depuis 2008, ce qui souligne en partie l'efficacité et l'impact des coordinateurs à procéder à des évaluations régulières. Cela amène la question suivante : comment mesurer des actions de terrain, tout en maintenant, sur le long terme, une vision stratégique adaptée?

Parmi les 21 porteurs locaux (communes ou CPAS) interrogés, il en résulte qu'EPHU, seule quatre départements d'un plan d'action régulièrement mis à jour. Si la procédure de mise à jour a été mise en œuvre dans les communes et CPAS, elle n'a pas été systématiquement appliquée. Il est donc possible que certains porteurs locaux, ou l'ensemble des participants



Participation à la journée d'échange Agenda 21

BRULOCALIS
TRAIT D'UNION
OCTOBRE-NOVEMBRE 2018 23

DOSSIER SANTÉ ET SOCIAL

L'arbre Coronavirus (dans sa nouvelle... souche) qui s'impose dans l'actualité ne doit pas cacher la forêt de la problématique santé et pauvreté. A l'occasion de la parution, en janvier dernier de l'étude de la Fédération des CPAS bruxellois « harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale », ce numéro de Trait d'Union sera majoritairement consacré aux questions de santé, prises sous l'angle social.

Au sommaire de ce dossier :

La problématique

- Un focus sur les questions de santé du 10^e Rapport bisannuel du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale ;
- Une synthèse de l'étude « Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? » publiée par l'Observatoire de la Santé et du Social de la Commission communautaire commune en janvier dernier ;
- Les conclusions et les recommandations de l'étude Mutualités Libres pour voir si les non-utilisateurs de soins de santé ont évolué en nombre ou en caractéristiques;
- Connaître ses bénéficiaires : l'observatoire du social mis en place au CPAS de Schaerbeek

Quelques pistes de solutions

- La Fédération et les CPAS :
 - Une rencontre avec Karine Lalieux, Présidente de la Fédération des CPAS bruxellois autour de l'étude « harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale »
 - Un rappel des revendications des CPAS en relation avec la santé dans leurs memoranda fédéral, régional et communautaire
 - 6 recommandations urgentes de Médecins du Monde aux autorités fédérales
- Le Fédéral : le Statut social harmonisé et l'automatisation de droits facilitée par l'application MyBenefits
- Focus sur deux outils développés par l'associatif
 - Le répertoire « Le bon plan » de l'asbl DUNE (interview)
 - Le répertoire « Bruxelles Social » de l'asbl Centre de Documentation et de Coordination Sociales

Un dossier coordonné par Philippe Delvaux, rédacteur en chef.

Avec la collaboration d'**Emily Clissold** (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale), **Sarah Missinne**, **Hervé Avalosse** et **Sarah Luyten** (Observatoire de la santé et du social de Bruxelles), **Carlo Calderini**, **Sophie Querton** et **Dirk Kaekebeke** (Observatoire du social de Schaerbeek), **Karine Lalieux** (Présidente de la Fédération des CPAS Bruxellois), **Françoise Tomasetti** et **Isabelle Leroy** (MyBenefits), **Chloé Pinaud** (Le Bon Plan), et enfin **Valérie Wispeninckx** (Bruxelles Social).

Nous remercions vivement ici tous les auteurs qui ont consacré de leur temps à l'élaboration de ce dossier.

Y étiez-vous ?

La 7^e journée d'échange inter-CPAS s'est tenue le 3 mars dernier. Certaines des interventions de son volet bruxellois sont synthétisées dans ce numéro (voir page 53). Mais cette journée était aussi l'occasion de participer à des ateliers, au rang desquels deux concernaient la santé des personnes aidées et l'accès aux soins médicaux, via la pratique et les actions dans la prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques par un CPAS non-hospitalier d'une part, celui de Forest, et un CPAS hospitalier d'autre part, celui de la Ville de Bruxelles.

En décembre 2019, le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale présentait son 10^e Rapport bisannuel sous le titre « Durabilité et pauvreté ». Ce Rapport traite de la place des personnes en situation de pauvreté dans le débat sur la politique climatique et de développement durable.

Il est le fruit d'une concertation avec des personnes en pauvreté, leurs associations et divers autres acteurs. Il s'agit de l'un des moyens utilisés par le Service de lutte contre la pauvreté – une institution publique indépendante et interfédérale – pour accomplir sa mission d'évaluation de l'exercice effectif des droits humains en situations de pauvreté.

Dans le cadre de notre dossier relatif à la santé, nous republions ici un extrait de la section consacrée aux soins de santé dans ce Rapport (issue du Chapitre II – Lutter pour la durabilité, c'est lutter contre les inégalités). Outre les inégalités dans l'accès aux soins de santé, le Rapport traite des inégalités dans les domaines de l'accès à la nature, l'énergie, l'eau, l'alimentation et la consommation durable, le travail et la mobilité. Ces domaines renvoient chacun à un ou plusieurs SGGs- Sustainable Development Goals ou Objectifs de développement durable- des Nations Unies, qui ont servi de cadre de réflexion sur le lien entre durabilité et pauvreté.

Pour des raisons de place, il ne nous a malheureusement pas été possible de republier l'intégralité de la section sur la santé, ni d'en conserver l'appareil référentiel. Nous renvoyons donc le lecteur à l'étude intégrale, disponible sur www.luttepauvrete.be.



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

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale évalue l'effectivité des droits fondamentaux des personnes qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorables : droit à un logement décent, droit à l'énergie, droit à la protection de la vie familiale, droit à la protection sociale, droit à la protection de la santé...

Il organise pour ce faire des concertations approfondies entre des associations dans lesquelles des personnes pauvres se rassemblent, des CPAS, des interlocuteurs sociaux, des professionnels de divers secteurs, des administrations... Sur la base de ces travaux, il formule des recommandations destinées aux responsables politiques de notre pays, en vue de restaurer les conditions d'exercice des droits fondamentaux. Celles-ci font l'objet de discussions dans tous les gouvernements et parlements ainsi que dans des instances consultatives.

Cet outil de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale a été créé par l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions, par un accord de coopération signé par tous les gouvernements et approuvé par tous les parlements.

L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ DES SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

« On sait que l'impact de la pollution sur la santé est multifactoriel, en plus des autres facteurs ayant un impact sur la santé. L'impact de la pollution est d'autant plus grand pour les pauvres qu'ils n'ont pas le même accès aux soins. Au moindre problème pulmonaire, une personne aisée aura un check up, des conseils, une semaine en pleine nature, etc. Le coût est beaucoup plus important pour les personnes en pauvreté ».

Les personnes en situation de pauvreté associent la durabilité à une vie saine sur une planète saine. « *Se débrouiller au jour le jour pour survivre, n'est-ce pas un combat pour la vie et donc la santé* ». Cependant, en raison d'un contexte de vie socio-économique difficile, les personnes en situation de pauvreté risquent davantage d'avoir des problèmes de santé que les personnes qui vivent dans de meilleures conditions. En outre, les changements climatiques et environnementaux ont plus d'impact sur leur santé et leur bien-être. Elles ont en plus à subir les conséquences de ces inégalités sociales et environnementales car elles n'ont pas un accès égal aux soins de santé.

Le droit à la protection de la santé est régi par divers instruments de droit international et autres traités, notamment repris dans l'Objectifs de développement durable 3 'Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge'. Bien que l'accessibilité des soins de santé ne soit à l'origine que d'environ 10 % des inégalités sociales en Europe, nous tenons à mettre en lumière les problèmes d'accès aux soins de santé dans ce point. Le problème demeure de taille pour les personnes en situation de pauvreté car il entraîne le report ou l'annulation des soins. Les raisons de ce phénomène sont diverses et encore trop nombreuses, alors que les évolutions en perspective sont préoccupantes. Nous remettons ici l'accent sur ce qui a été souligné pendant la concertation et plaidons pour des investissements durables dans le domaine de la santé de façon à assurer la continuité des soins.

« *C'est l'accès à la santé qui est important, avec un accès aux soins et aux médicaments. Cet accès est encore très difficile pour beaucoup de personnes. Ce qui est déterminant dans une situation de pauvreté, c'est le contexte social. C'est uniquement en combattant les inégalités sociales qu'on arrivera à une égalité en matière de protection de la santé ; ces inégalités existent bien avant que la question d'un accès égal aux soins de santé ne se pose* ».

LES SOINS DE SANTÉ SONT CHERS

Système du tiers payant (social)

Il ressort de la concertation que le coût est et reste l'un des plus grands obstacles pour les personnes en situation de pauvreté dans l'accès aux soins de santé. La règle veut que les patients payent d'abord leur consultation chez le docteur, pour ensuite être en partie remboursés par le biais de leur mutualité (organisme assureur). Ainsi, ils ne payent en fin de compte que le ticket modérateur. Pour les personnes ayant des revenus limités, il est bien souvent impossible 'd'avancer' la note du docteur. Un autre problème réside dans le fait certains médecins généralistes facturent une visite supplémentaire pour constituer un dossier médical. Tous ces coûts supplémentaires constituent des obstacles en plus.

Le système du tiers payant, à travers lequel le patient paye directement la partie qui lui incombe uniquement, vient pallier ce problème. Or tous les prestataires de soins ne sont pas tenus d'appliquer le système du tiers payant social, et seuls quelques bénéficiaires peuvent en profiter. Un représentant d'une administration publique a reconnu qu'« *il existe une médecine à deux vitesses : de nombreux soins ne sont pas ou insuffisamment remboursés. Ainsi, le tiers payant est obligatoire pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée, bien qu'uniquement chez le médecin traitant. Ce n'est donc pas une solution lorsque le médecin traitant redirige vers un spécialiste* ». Divers acteurs issus tant de la lutte contre la pauvreté que des soins de santé œuvrent depuis longtemps en faveur de la généralisation du système du tiers payant. Le système du tiers payant généralisé est d'ailleurs déjà appliqué aux services des urgences des hôpitaux. En plus, le ticket modérateur ne doit pas être payé immédiatement, mais après réception de la facture. Cette situation peut inciter des groupes de personnes vulnérables à se présenter aux urgences plutôt que chez le médecin traitant (voir ci-dessous). Le problème du paiement est alors simplement remis à plus tard.

Intervention majorée

Les personnes qui perçoivent un revenu d'intégration sociale, une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou une allocation pour personnes handicapées ou qui appartiennent à une catégorie bien spécifique ont automatiquement droit à l'intervention majorée (IM). Cela signifie que lors d'une consultation médicale, elles payent un ticket modérateur plus bas. Les personnes ayant des revenus annuels du ménage qui ne dépassent pas un certain seuil peuvent également avoir droit à une IM si elles introduisent une demande. Pour autant, toutes les personnes remplissant les conditions requises ne jouissent pas toujours de l'IM. Les associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent constatent qu'il y a toujours des personnes qui ne sont pas au courant de l'existence de cette intervention, qui ne savent pas comment l'obtenir ou pour qui les procédures s'avèrent trop complexes.

Depuis 2014, des mesures sont prises afin de lutter contre ce non-recours. Citons par exemple le 'flux proactif' ou l'échange de données. L'administration fiscale a distribué aux organismes assureurs une liste des personnes susceptibles de pouvoir bénéficier de l'IM. Ces organismes ont à leur tour contacté les ayants droit potentiels afin d'éventuellement leur accorder ce droit. De ce fait, le nombre de personnes qui jouissent de l'IM a augmenté. En Flandre, la Mutualité chrétienne compte désormais trois fois plus de bénéficiaires qu'auparavant grâce à cette nouvelle méthode. Les chiffres du Service du contrôle administratif de l'INAMI indiquent que le droit a été ouvert à 19 % des assurés contactés. Ce résultat est important dans la mesure où l'IM ouvre également des portes à d'autres avantages sociaux (par exemple une réduction du coût des transports publics, le Fonds Social Chauffage, une prime payante plus basse pour la protection sociale flamande). De plus, l'IM rend la consultation chez le médecin traitant plus accessible, à travers des tickets modérateurs plus bas en combinaison avec le tiers payant social. Le 'flux proactif' était en revanche un exercice ponctuel. Entretemps un projet d'arrêté royal (AR) visant à pérenniser le flux proactif est en cours de développement.

Médicaments génériques

« Une visite chez le médecin coûte moins cher, mais les médicaments prescrits sont impayables ».

Pour les personnes en situation de pauvreté, les médicaments coûtent très cher, ce qui fait qu'ils ne les prennent pas. Cela met en danger la continuité de leurs soins, avec toutes les conséquences que cela comporte. Les membres d'associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent se demandent pourquoi les médecins ne donnent pas plus souvent des échantillons de médicaments à des patients en difficulté. Ce n'est pas une solution structurelle, mais cela peut parfois faire une différence. En outre, les organisations de santé soulignent la situation spécifique des personnes sans domicile et les difficultés qu'elles rencontrent pour prendre leurs médicaments à temps, de manière

correcte et dans un environnement hygiénique. Elles critiquent le fait que ces patients vulnérables sont parfois renvoyés de l'hôpital sans recevoir de médicaments supplémentaires leur permettant de continuer leurs soins pendant quelques jours.

Au cours de la concertation, on a constaté que les médicaments génériques sont trop peu proposés. Les patients doivent les demander explicitement au docteur ou au pharmacien, or tout le monde n'ose pas le faire ou ne sait pas que cette possibilité existe. *« Les docteurs devraient automatiquement prescrire les médicaments moins chers, les produits blancs ».* Il ressort d'une étude des Mutualités neutres que, malgré de légers progrès depuis l'instauration de nouvelles mesures pour des médicaments abordables, trop de médicaments de marque sont prescrits, alors que des alternatives moins coûteuses et de même qualité sont disponibles. Des membres des associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent ont également laissé entendre que les traitements médicamenteux n'aident pas toujours les patients. *« Certains médecins ont tendance à facilement prescrire de grandes quantités de médicaments qui n'aident pas les gens, sinon qu'ils les appauvrissent. La prise de médicaments en abondance nuit à la santé et au portefeuille ».*

En outre, le pouvoir grandissant de l'industrie pharmaceutique, qui engrange des bénéfices démesurés sur le dos des patients et du système public des soins de santé, a été dénoncé durant la concertation. *« L'industrie pharmaceutique développe des médicaments qu'elle vend parfois à prix d'or, les rendant inaccessibles financièrement pour les personnes les plus vulnérables ».* Diverses organisations telles que Test Achat, Médecins du Monde, les caisses d'assurance maladie et les associations de patients travaillent depuis longtemps pour obtenir des prix plus équitables pour les médicaments. Elles se plaignent que les citoyens paient deux fois pour des médicaments. Une première fois par le biais des taxes qui financent la recherche et le développement universitaire et sur lesquelles les entreprises pharmaceutiques continuent à travailler. Une deuxième fois par le biais des cotisations de sécurité sociale, qui prennent en charge une partie du coût des médicaments pour les patients. Les participants à la concertation ont estimé que *« l'industrie pharmaceutique, qui réalise des milliards de profit sur le dos des malades, devrait être obligée d'investir ces gains dans les soins de santé ».*

Maisons médicales

« Je suis restée un an sans me soigner alors que j'étais mal, puis un jour, j'ai croisé un médecin de la maison médicale, que je connaissais ; il m'a dit, va, rends-toi à la Maison Médicale, ça ne te coûtera rien ».

Les maisons médicales fonctionnent selon un système forfaitaire. Le patient ne doit donc pas payer de ticket modérateur lorsqu'il consulte le médecin. De nombreuses personnes en situation de pauvreté ont de bonnes expériences par rapport à ces centres, et pas seulement parce qu'elles ne doivent pas payer. Ceux-ci sont ancrés localement et tiennent compte

des conditions de vie des visiteurs. La réception et l'ambiance y sont accueillantes et des spécialistes de plusieurs disciplines sont présents afin de prodiguer une palette de soins intégrale et multidisciplinaire. Les patients reçoivent un rappel avant un rendez-vous et les personnes sont enregistrées dans un réseau médical qui partage leurs informations. Du travail préventif est également effectué autour de l'alimentation et de l'exercice physique par exemple. Pour les maisons médicales, la santé ne résume pas à l'absence de maladie, elle est liée au logement, au travail, au quartier, à l'environnement, etc. Et comme la santé va également de pair avec le climat, les maisons médicales soutiennent les actions climatiques.

Dettes liées aux soins de santé

Pour de nombreuses personnes, le coût des soins de santé est si élevé qu'il génère des dettes. Parmi les personnes qui ont reçu de l'aide pour faire face à des dettes ou à des problèmes financiers en Flandre durant l'année 2015, les dettes liées à l'énergie viennent en premier lieu (59,82 %), suivies des dettes liées aux soins de santé (51,42 %). Dans les dossiers traités par les services de médiation de dettes en Wallonie, les dettes liées aux soins de santé représentaient 53 % en 2017, et il est surtout question de factures d'hôpital. Ces dettes plongent souvent les personnes dans un cercle vicieux : elles deviennent anxieuses, stressées ou dépressives car elles ne peuvent rembourser les sommes dues, et remettent des soins nécessaires à plus tard... De plus, elles peuvent être stigmatisées. Un intervenant issu d'une association dans laquelle les personnes en situation de pauvreté se rassemblent déplore que « *lorsque l'on a un plan de paiement pour une facture d'hôpital, on est catalogué en tant que mauvais payeur alors que l'on paie simplement par tranches* ». Un participant qui travaille auprès d'une mutualité attire en outre l'attention sur le rôle des huissiers de justice dans le recouvrement des dettes. Leurs pratiques doivent être contrôlées, surtout s'il s'agit de frais liés aux soins de santé ou de factures d'hôpital. Le Netwerk tegen Armoede tient par ailleurs à signaler le nombre croissant de bureaux de recouvrement sollicités, notamment par les hôpitaux. Les établissements hospitaliers devraient pourtant être plus à l'écoute de leurs patients en cas de difficultés de paiement, afin d'en discuter. Il ressort d'une enquête du ZorgnetIcuro menée dans les hôpitaux flamands qu'une approche préventive et proactive – « *un bon accompagnement des services sociaux, l'implication du CPAS et l'information active du patient quant au coût de son traitement* » - permet en effet de réduire le nombre de factures impayées.

TOUT LE MONDE ET TOUT N'EST PAS ASSURÉ

« *Les pauvres ne peuvent jamais se soigner de manière durable. Soit ils font appel aux urgences, soit ils passent par le CPAS pour demander une carte santé pour accéder à un médecin. Pour les plus pauvres, l'accès aux soins dépend de services, ils n'ont donc pas un accès comme les autres citoyens* ».

Affiliation à une mutuelle

Les remboursements et les interventions sociales en matière de soins de santé, tels qu'évoqués ci-dessus, s'inscrivent dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. En théorie, la Belgique n'a pas de problème d'accès aux soins de santé. Depuis la réforme de 1998, l'assurance maladie obligatoire est pratiquement généralisée, couvrant 99 % de la population. Selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé 2018, qui compare les systèmes de soins de santé de 35 pays européens depuis 2005, la Belgique se situe au 5^e rang. En réalité, cependant, tous les patients ne peuvent pas faire valoir leurs droits (par exemple à l'IM), bien qu'ils soient assurés. De plus, tout le monde n'est pas en ordre d'assurance obligatoire.

Afin d'être assuré, chacun doit s'affilier à la mutualité de son choix. Cette affiliation est gratuite auprès de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) car cette caisse n'offre aucun service complémentaire. La CAAMI permet – moyennant l'accord de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) – que le CPAS inscrive des clients en son nom, afin de leur faciliter les démarches administratives. Les autres mutualités demandent une cotisation supplémentaire aux affiliés en échange d'autres services. Lorsque les affiliés ne sont pas en mesure de payer leurs cotisations (sociales) ou lorsqu'ils ne sont administrativement pas en ordre, ils peuvent être exclus de l'assurance obligatoire. Dans ce cas, ils peuvent se diriger vers le CPAS ou vers le service social de la mutualité afin de (re)mettre leur dossier en ordre.

Cependant, les associations dans lesquelles des personnes en situation de pauvreté se rassemblent constatent que bien des gens ne sont pas au courant de cette possibilité, ce qui entraîne un phénomène de non-recours. Une professionnelle du secteur des soins de santé a confirmé l'ampleur du problème durant la concertation. Elle a ajouté que les mutualités qui veulent mettre des personnes en ordre doivent aborder la question de leurs cotisations, car les dotations publiques sont insuffisantes. « *Aussi bien les gens eux-mêmes que les diverses organisations en savent trop peu sur les possibilités de régulariser le dossier des gens même sans assurance-maladie. Les mutualités disposent de moins de moyens et de personnel afin de veiller à ce que les gens soient en ordre d'assurance. S'ils ne sont pas assurés, ils n'ont pas non plus le droit au tiers-payant, ce qui représente un problème de taille* ». En outre, d'autres organisations, telles que Médecins du Monde, tentent également de (ré)intégrer dans le système de santé belge des personnes qui, pour diverses raisons, ont des difficultés à accéder aux soins.

Aide médicale urgente

Les personnes sans séjour légal, et qui ne sont dès lors pas non plus inscrites au Registre national, n'ont pas accès à l'assurance maladie obligatoire. Pour elles, l'accès aux soins de santé se limite à l'aide médicale urgente (AMU) du CPAS. En pratique,

l'accès à l'aide médicale urgente est entravé par différents facteurs. Les démarches d'accès au CPAS et la diversité des interprétations de l'AMU qui fait que des personnes ne reçoivent pas d'aide quand elles n'ont pas un problème urgent ou mettant leur vie en danger. Le pouvoir discrétionnaire que s'arrogent les CPAS et les travailleurs sociaux afin de travailler au moyen de cartes médicales ou de conventions peut également constituer un obstacle. Les ressources dont disposent (ou non) les CPAS pour intervenir dans les frais médicaux ou pharmaceutiques non remboursés par les autorités fédérales peuvent aussi limiter l'accès à l'AMU. En outre, des voix s'élèvent pour demander le renforcement du contrôle de l'aide médicale urgente octroyée aux personnes en séjour irrégulier. Durant la concertation, un expert de vécu lié à l'administration fédérale a indiqué que des travaux sont entrepris sur base des échanges de bonnes pratiques entre les CPAS. Ainsi, le CPAS de Bruxelles octroie des cartes médicales valables durant un à trois mois, renouvelables, et le CPAS de Liège sensibilise ses bénéficiaires à effectuer un check-up médical préventif chaque année. Un membre d'une association dans laquelle les personnes en situation de pauvreté se rassemblent, qui est sans-abri, a abordé la question de la ligne 0,5, une ligne de soins intermédiaire offrant des soins de santé primaire destinée aux populations vulnérables avec pour objectif à terme de réintégrer ces patients dans la 1^{re} ligne traditionnelle. « *Je suis toujours bien traité chez mon médecin, ainsi qu'au SAMU Social. Je ne paye pas pour les soins reçus car je n'ai pas les sous. Je n'ai pas reçu de carte médicale du CPAS alors que j'en ai pourtant fait la demande* ».

Couverture des prestations et du traitement thérapeutique

Les participants à la concertation déplorent le fait que les médicaments, les soins dentaires, les soins de santé mentale et d'autres services soient insuffisamment couverts par l'assurance maladie obligatoire. « *Le remboursement de nombreux médicaments est réduit car ceux-ci sont considérés comme relevant d'un certain 'confort', ce qui fait que nous ne pouvons certainement pas les payer* ». « *Les gens qui souffrent de problèmes mentaux causés par le stress atterrissent trop souvent en psychiatrie, or leurs problèmes n'y sont pas résolus. Ils feraient mieux de faire appel à un psychologue et devraient pouvoir se diriger à une maison de santé mentale. Cependant, ce n'est pas remboursé* ». Les organisations de santé soulignent que même les personnes qui ne vivent pas dans la pauvreté reportent de plus en plus de soins, par exemple les soins dentaires, parce que ceux-ci ne sont pas remboursés et donc pas abordables.

LA DISTANCE EST GRANDE ENTRE LE PATIENT ET LES SOINS

« *Les docteurs, tout comme les pharmaciens, sont de moins en moins accessibles, surtout la nuit et le week-end. Pour aller chez le pharmacien de garde, il faut parfois rouler 15 km et après 20h, il n'y a plus de transports. Parfois, le transport est organisé, mais cela*

engendre des coûts supplémentaires. Par conséquent, les personnes utilisent mal le service des urgences ».

Accès aux prestataires de soins

Les associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent déplorent le fait que leurs membres ne trouvent pas toujours de médecin traitant (conventionné) dans leur quartier ou de médecin facilement accessible en transports en commun. Elles regrettent également que les docteurs procèdent de moins en moins à des consultations à domicile sans proposer d'alternatives aux personnes ayant des problèmes de mobilité, et qu'il existe des listes d'attente afin de prendre rendez-vous chez un spécialiste.

Durant une réunion de concertation en Communauté germanophone avec des administrations et des acteurs de terrain, le même constat a été souligné, avec une explication spécifique : « *En Communauté germanophone, il est particulièrement difficile de trouver un docteur ou un spécialiste. De nombreux prestataires de soins (y compris du personnel infirmier) vont travailler au Grand-Duché de Luxembourg car ils y perçoivent un salaire plus élevé. Les hôpitaux et les maisons de repos connaissent également une pénurie de personnel* ». Dans son rapport de 2019 sur la performance du système des soins de santé en Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (le KCE) a attiré l'attention sur le manque de disponibilité de personnel médical qualifié pour garantir l'accès aux soins de santé : le nombre de médecins praticiens conventionnés (surtout les généralistes et les gynécologues) et de dentistes, le ratio patients-personnel infirmier en milieu hospitalier, et le délai d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste.

Accès aux hôpitaux

Durant la concertation, des personnes en situation de pauvreté ont reconnu s'être rendues aux urgences pour une aide médicale car elles ne pouvaient pas payer le docteur, n'avaient pas de médecin traitant fixe ou n'ont pu prendre rendez-vous chez un spécialiste. Quiconque se trouve au bas de l'échelle sociale aura en effet davantage recours aux urgences qu'une personne en haut de l'échelle. De nombreux facteurs jouent un rôle dans le choix du patient de se rendre aux urgences ou chez le médecin traitant. Les Bruxellois ont par exemple plus recours aux urgences, ce qui s'explique notamment par la plus grande densité de services d'urgence sur le territoire de la capitale. Cette proximité géographique conjuguée à une disponibilité moindre des médecins contraint la deuxième ligne à jouer le rôle de la première. Un professionnel de la santé fait cependant remarquer que l'hôpital ne peut remplacer la première ligne. « *Au département des urgences d'un hôpital, aucune attention n'est par exemple accordée aux aspects psycho-sociaux des patients. Comment les hôpitaux peuvent-ils construire une relation de confiance avec les personnes en situation de pauvreté et assurer l'accès et des soins de qualité ?* ».

De manière générale, l'accès à l'hôpital pour les personnes en situation de pauvreté s'avère

particulièrement compliqué. Il arrive même que des soins, même en première ligne, leur soient refusés. Durant la concertation, des participants issus d'associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent ont affirmé que des hôpitaux appellent d'abord le CPAS afin de savoir si le patient se suffisamment de moyens financiers pour payer la facture avant même de prodiguer les soins nécessaires. Ou encore qu'un hôpital a refusé de traiter quelqu'un car il n'avait pas d'argent. Ou que des personnes sans assurance maladie se voient refuser l'accès à un hôpital, alors que « *légalement, les hôpitaux sont obligés de prendre en charge une personne se présentant aux urgences et nécessitant des soins. Néanmoins, les obstacles se multiplient pour les personnes en situation de pauvreté* ». Elles ont en plus eu la sensation de ne pas avoir été considérées comme étant des patients à part entière au sein de certains hôpitaux. « *Les personnes en situation de pauvreté doivent parfois entendre : "vous êtes sale, je ne m'occupe pas de vous"* ».

Pour les personnes en situation précaire (de logement) a fortiori, ce manque de soins et d'encadrement entraîne bien souvent une aggravation de leur état de santé, ce qui entre en parfaite contradiction avec la notion de soins durables. « *Les personnes sans abri sont traitées comme des chiens et abandonnent bien souvent leur traitement car elles ne veulent pas retourner à l'hôpital* ». « *De nombreux sans-abris atterrissent à la rue dès leur sortie de l'hôpital et à l'inverse, à la longue, ils ne sont plus pris en charge à l'hôpital* ». Les organisations de santé soulignent que les sans-abris ne devraient pas être considérés comme un groupe particulier, mais comme la base, la norme. Si les soins de santé sont accessibles et continus pour eux, ils le seront pour tous.

Manque de connaissance en matière de pauvreté

Des participants à la concertation estiment que ces mauvaises expériences s'expliquent notamment par le fait que les connaissances des prestataires de soins dépendent en partie de leurs bagages sociaux et de leur vécu, ce qui a pour conséquence une absence de compréhension à l'égard des situations de pauvreté. C'est pourtant essentiel dans un trajet de soins. Une connaissance insuffisante de la situation dans laquelle se trouvent les patients peut conduire à une mauvaise approche ou à un mauvais traitement. Le Réseau flamand de lutte contre la pauvreté exhorte les hôpitaux à doter leurs services sociaux de plus d'expertise et, pour ce faire, à collaborer avec les organisations et associations qui peuvent leur apporter l'expertise sociale nécessaire. Cette recommandation est l'une des pistes menées par Hospisoc, l'association francophone des travailleurs sociaux, au sein d'un hôpital. Durant la concertation, un représentant de cette association a affirmé que la pression financière subie par les hôpitaux met en péril la mission de rendre les soins accessibles à tous. Un autre intervenant a évoqué l'étude de Belfius sur la situation financière des établissements hospitaliers en Belgique, qui traite de la fragilité financière du secteur.

Durant la concertation, les intervenants ont cité des exemples de coopération entre notamment des CPAS, des médecins généralistes, des spécialistes et des établissements de soins afin de rendre les soins de santé plus accessibles et abordables aux personnes en situation de pauvreté. À Geel, une coopération de ce type est en train de porter ses fruits. Les personnes en situation de pauvreté y sont informées et aiguillées vers le docteur approprié. Les urgences ne sont utilisées qu'en cas de nécessité, et le nombre de factures impayées a ainsi été réduit. À l'échelon local, les communes et les CPAS tentent par divers moyens de travailler de manière plus transversale afin d'assurer des soins et une bonne santé aux personnes en situation précaire. Ainsi, des initiatives sont prises afin que tout un chacun puisse profiter des avantages auxquels il a droit, qu'il y ait des interventions dans les frais médicaux, que les gens soient guidés vers le médecin généraliste. Ou pour que l'on collabore avec les services de secours et les prestataires de soins dans le but de les sensibiliser aux obstacles qui se dressent face aux groupes vulnérables. En somme, pour qu'une vie saine soit une possibilité pour tout le monde.

Soins de santé préventifs

Durant la concertation, il est apparu évident que la distance entre les initiatives préventives et les groupes vulnérables est bien souvent très grande. D'une part, les associations dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté se rassemblent déplorent une prévention insuffisante. « *On ne prend plus le temps d'écouter les gens. Les gens n'osent pas parler de leurs problèmes, ils ont parfois peur que ces problèmes s'aggravent* ». D'autre part, elles constatent que les campagnes de prévention n'atteignent pas les personnes les plus pauvres, soit parce que les gens ont honte, soit parce qu'ils craignent les résultats d'une enquête. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile de vivre sainement en faisant par exemple de l'exercice physique. Pour de nombreuses personnes, l'entrée à la piscine ou la cotisation à un club de sport est trop chère, ou l'obstacle leur apparaît comme trop grand. Afin d'éliminer ces obstacles, un projet local dénommé *Bewegen op Voorschrift* (Faire de l'exercice sur ordonnance) a vu le jour en 2009, dans le but de faire bouger des personnes présentant des risques de santé accrus sur avis du médecin. En raison des bénéfices du projet sur la santé physique et mentale et au niveau social, *Bewegen op Verwijzing* s'est entretemps étendu à toute la Flandre. En Wallonie, divers chercheurs, associations, prestataires de soins et politiques plaident pour qu'une activité physique puisse être prescrite aux patients.

> Plus d'info

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2019). Durabilité et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2018-2019. Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, disponible sur <https://www.luttepauvrete.be> > publications > rapports bisannuels > 2019

Suite de l'article page 14.

LE SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ FORMULE LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES

- Permettre à chacun de mener une vie saine dans un environnement sain en mettant l'accent - dans le cadre de la lutte coordonnée contre les inégalités sociales de santé (health in all policies) - sur des soins de qualité, directs et accessibles, qui soient adaptés au patient afin d'assurer une continuité des soins.
- Appliquer correctement le système du tiers payant existant, le généraliser au plus vite à tous les patients chez le médecin traitant et, à terme, l'élargir à toutes les prestations effectuées par les prestataires de soins en première et deuxième ligne.
- Aspirer à atteindre un taux de recours à l'intervention majorée aussi élevé que possible.
- Mettre en place une politique socialement équitable en matière de médicaments. Les prestataires de soins doivent être encouragés à prescrire des médicaments uniquement lorsque c'est nécessaire. Ils devraient en outre être obligés de proposer la variante générique du médicament, de qualité égale.
Au niveau international et européen, une réglementation qui contraint les entreprises pharmaceutiques à investir leurs profits dans des soins de santé accessibles et abordables pour tous doit voir le jour.
- Elargir suffisamment l'offre de maisons médicales, en prêtant attention à leur bonne répartition géographique, tant en ville qu'à la campagne.
- Renforcer la collaboration entre les CPAS, les mutualités et les services médicaux de la ligne 0,5 (une ligne de soins intermédiaire), afin de procéder à la régularisation des affiliés en matière d'assurance maladie obligatoire.
- Elargir la couverture de l'assurance maladie obligatoire aux médicaments qui sont aujourd'hui encore considérés comme des médicaments de confort, à la psychothérapie, aux soins dentaires, aux appareils auditifs, aux lunettes, au transport de malades, etc.
- Faciliter l'accès à l'aide médicale urgente et généraliser les bonnes pratiques existantes des CPAS, organisations de terrain, mutualités...
- Informer les patients en permanence et à temps, de manière précise, claire et compréhensible quant au coût réel des soins médicaux. Lorsque des personnes rencontrent des difficultés de paiement lors de leur parcours médical, un suivi adapté par le prestataire de soins, en collaboration avec le CPAS et les services sociaux, s'avère indiqué en vue d'éviter les dettes.
- Insister davantage sur la complexité des situations de pauvreté (dimension physique, psychosociale et émotionnelle) et sur les inégalités sociales en matière de santé dans la formation continue des prestataires de soins.
- Investir davantage dans le personnel médical, aussi bien en première qu'en deuxième ligne, afin qu'il y ait suffisamment de prestataires de soins qualifiés pouvant accorder le temps nécessaire aux soins préventifs et curatifs des patients.
- Soutenir la coopération (locale) entre les divers prestataires de soins, les professionnels de secteurs apparentés, les accompagnateurs et le personnel de secours, en mettant l'accent sur (l'implication de) le patient. Des efforts supplémentaires sont nécessaires lorsque les soins de première ligne doivent être complétés par des soins de deuxième ligne ou lorsque des soins ambulatoires doivent s'accompagner de soins résidentiels.
- Investir davantage dans la promotion et la prévention de la santé et développer des projets et des instruments bénéfiques pour la santé en coopération avec les personnes en situation de pauvreté.
- Evaluer l'impact des réformes dans le secteur des soins de santé (première ligne et hôpitaux) sur les personnes en situation de pauvreté, sur leur santé et sur leur accès aux soins (évaluation ex ante et ex post).
- Consacrer le temps et les moyens épargnés grâce à la numérisation au contact personnel, aux soins et à l'accompagnement des groupes vulnérables.
- Prendre les décisions financières en fonction de la justice sociale et de l'égalité dans le domaine de la santé, et non pas l'inverse. Investir dans l'assurance maladie obligatoire en tant que pièce maîtresse de notre sécurité sociale, de sorte que les assurances hospitalisation privées deviennent superflues. Investir également dans des règles strictes régissant le conventionnement, les suppléments d'honoraires...

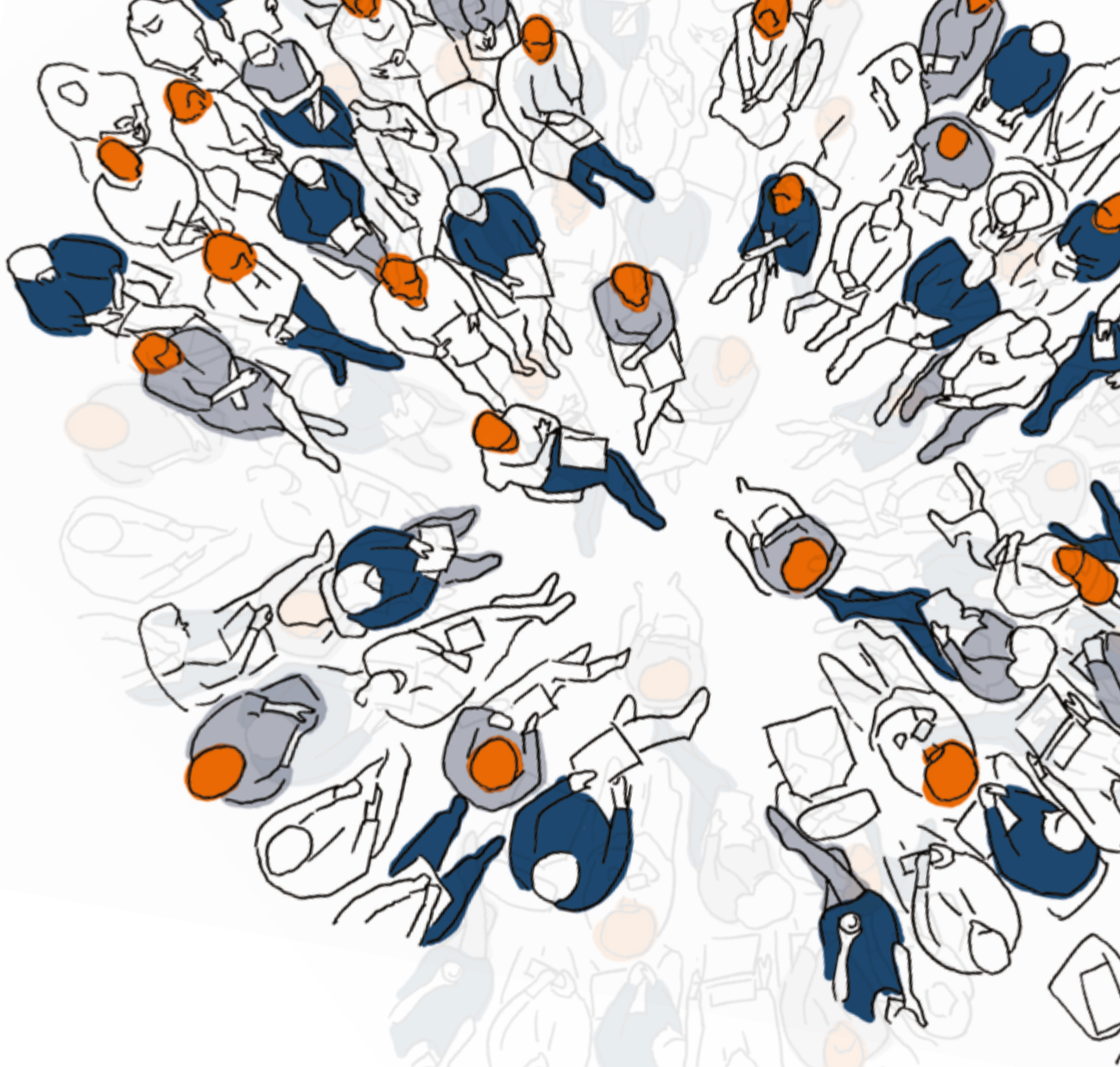
LE RÉSEAU EUROPÉEN DES «VILLES-SANTÉ»

Bruxelles fait partie du réseau européen des «Villes-Santé» de l'OMS, depuis 2003. Ce label réunit les villes et régions engagées dans une construction transversale de la santé publique dont les 4 piliers sont la lutte contre les inégalités sociales en santé, la santé dans toutes les politiques, la démocratie participative et le travail sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

Plus d'info sur le réseau européen des «Villes-Santé»

Voir la version anglaise du site de l'Organisation mondiale de la santé :

<http://www.euro.who.int> > Health topics > Environment and health > Urban health > WHO European Healthy Cities Network



VILCO.BRUSSELS

ET SI ON COLLABORAIT ?

QUAND LES COLLECTIFS CITOYENS ET LES
POUVOIRS LOCAUX TRAVAILLENT ENSEMBLE...

24 avril 2020, 16h30 - 21h

Lieu non confirmé, Bruxelles (Attention report possible)

Récit d'une recherche-action participative de 3 ans sur la collaboration entre collectifs citoyens et pouvoirs locaux de Bruxelles (à Bruxelles-Ville, Uccle, Etterbeek, Watermael-Boitsfort et Bruxelles Environnement). Une exposition pour découvrir l'aventure VILCO, des témoignages de citoyens, échevins et agents communaux pour partager les expériences, les apprentissages et célébrer la fin du projet autour d'un apéro.

Plus d'informations sur www.brulocalis.brussels

> Sarah MISSINNE, Hervé AVALOSSE & Sarah LUYTEN, Observatoire de la Santé et du Social

Fin janvier, l'Observatoire de la Santé et du Social de la Commission communautaire commune publiait son étude « Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? ». Nous en publions ici un résumé, qui analyse la situation pour Bruxelles, et cartographie les inégalités de santé par quartier.

TOUS ÉGAUX FACE À LA SANTÉ À BRUXELLES ? DONNÉES RÉCENTES ET CARTOGRAPHIE SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

INTRODUCTION

De nombreuses études ont déjà montré que la position socioéconomique d'un individu a une énorme influence sur sa santé. L'accumulation de conditions et d'événements de vie favorables ou défavorables se traduit par des différences d'état de santé selon la position socioéconomique tout au long de la vie. Ce dossier présente un état des lieux de la situation spécifiquement pour la Région bruxelloise. Le contexte métropolitain de Bruxelles se caractérise notamment par une population jeune, une population relativement pauvre, un taux de chômage (des jeunes) élevé, de nombreux habitants de nationalité étrangère et une grande mobilité territoriale. Il y a également de grandes différences socioéconomiques entre les quartiers bruxellois.

Dans le présent dossier, les données des mutualités (2016) ont été analysées pour 1 106 181 Bruxellois. Afin de compléter ces informations, d'autres sources de données ont été utilisées (Enquête de santé, Bulletins de naissances et de décès et publications de l'Observatoire).

Le dossier présente également les différences socioéconomiques entre les quartiers bruxellois à l'aide de cartes, et ce pour toute une série d'indicateurs de santé produits par l'AIM. Il s'agit d'une première étape afin de mieux comprendre le contexte local, ce qui est essentiel pour le développement d'actions politiques efficaces.

CADRE THÉORIQUE

Sur la base de la littérature et des données scientifiques, une commission spéciale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé un cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques en santé. Ce cadre a été repris comme fil conducteur dans le cadre de ce dossier (voir Figure1).

La position socioéconomique est au centre du modèle de l'OMS. D'une part, celui-ci montre la mesure dans laquelle la position socioéconomique d'une personne est codéterminée par le contexte socioéconomique et politique plus général de la société. On parle ici de déterminants **structurels**, puisqu'ils constituent la cause sous-jacente plus

profonde des inégalités socioéconomiques en santé. D'autre part, le modèle montre que la position socioéconomique a une énorme influence sur la santé par le biais de différents déterminants **intermédiaires** (conditions matérielles, comportements en matière de santé et de prévention, et facteurs psychosociaux). Enfin, le système de soins de santé est vu comme un acteur crucial pour lutter contre les effets défavorables de ces déterminants de santé.

Les personnes ayant une position socioéconomique moins favorable accumulent de **nombreuses fragilités** (par exemple en raison du stress subi, de conditions de travail difficiles, d'un logement insalubre, etc.) tout en disposant de **moins de moyens pour s'en protéger** (une moins bonne immunité, un support social moindre, un accès plus difficile à une alimentation équilibrée, etc.) **ou d'en limiter les conséquences néfastes** (moindre accès au système de santé et moins bonne connaissance de celui-ci, soins informels, prévention, adaptation des conditions de travail après une pathologie grave etc.)

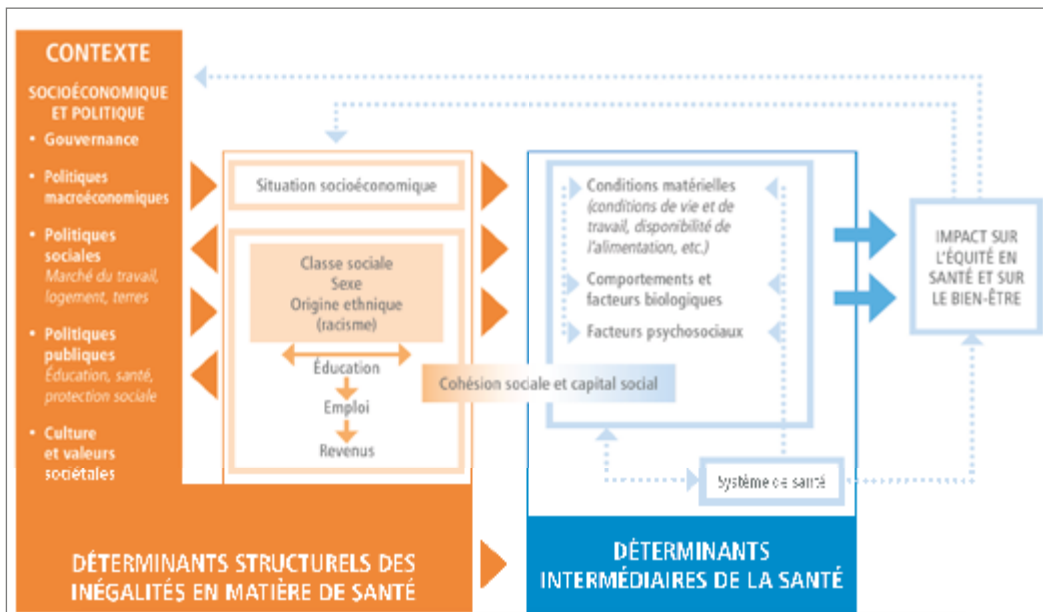
Les études de l'Observatoire de la Santé et du Social ont montré à maintes reprises les grandes différences existant au sein de la Région bruxelloise, en termes de conditions de travail et de vie, de comportements de santé et de recours aux soins de santé. Ces thématiques ont été rassemblées dans ce dossier.

DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Les analyses ont été effectuées principalement sur la base des données de l'Agence Intermutualiste (AIM), de l'Enquête de santé réalisée par Sciensano et des Bulletins de naissances et de décès.

AIM

L'Agence Intermutualiste (AIM) collecte les données liées aux remboursements de soins de santé des sept mutualités en Belgique. Elle dispose ainsi des données administratives et de facturation des soins et des médicaments remboursés, pour toute personne bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire en Belgique. En 2016, cela concerne 1 106 181 personnes (93,5 % de la population du Registre national).



Traduit et reproduit avec la permission de l'éditeur : Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010).

> Figure 1 : Cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques de santé développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

La base de données de l'AIM ne contient aucune information sur les revenus et le niveau d'éducation des assurés permettant d'indiquer leur position socioéconomique. Elle reprend cependant le lieu (via le secteur statistique) du domicile des assurés, qui peut être utilisé afin d'estimer leur position socioéconomique. Les inégalités spatiales sont grandes à Bruxelles, et les personnes ayant un profil socioéconomique similaire sont souvent concentrées dans les mêmes quartiers.

fois nettement en-dessous de ce qui s'observe en Wallonie et en Flandre.

Ces cinq groupes sont représentés géographiquement sur la carte ci-dessous. Bruxelles connaît d'importantes différences géographiques, avec une zone précarisée clairement définie, appelée le « croissant pauvre », au nord et à l'ouest du centre-ville (le Pentagone), pour une bonne part le long du canal.

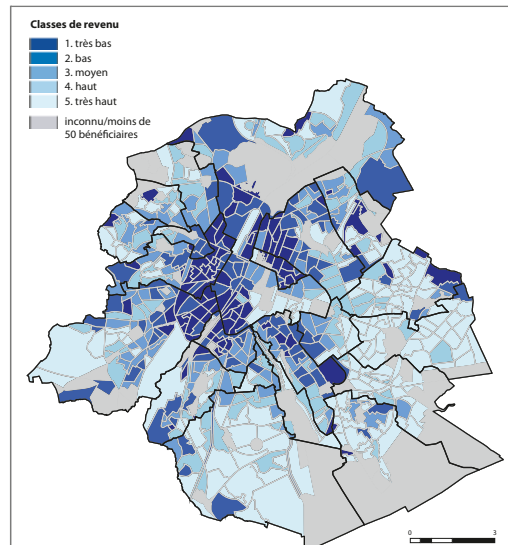
ENQUÊTE DE SANTÉ

L'échelle sociale construite est de « valeur » progressive : le premier groupe inclut les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles et le cinquième groupe comprend les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus élevés. Les 2^e, 3^e et 4^e groupes sont de « valeur » intermédiaire. Toutes les personnes sont réparties dans ces cinq groupes en fonction du secteur statistique de leur domicile. Le tableau 1 ci-dessous donne, par région, un aperçu des limites inférieures et supérieures des revenus médians qui délimitent chaque groupe de secteurs statistiques. Ces limites à Bruxelles sont à chaque

L'avantage de l'Enquête de santé est qu'elle est la seule source de données disponibles donnant des informations qui ne peuvent être déduites des données administratives et de facturation, tels que les comportements de santé (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation saine, etc.). La prévalence des affections est également évaluée directement par des questions, et non déduite sur base des données de facturation de médicaments et/ou de consommation des soins. La position socioéconomique des participants est en outre évaluée par des questions portant sur différentes dimensions comme

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Inférieurs	]0 ; 16.217 €]	]0 ; 22.529 €]	]0 ; 19.094 €]	]0 ; 20.348 €]
Bas	]16.217 € ; 18.115 €]	]22.529 € ; 24.944 €]	]19.094 € ; 21.506 €]	]20.348 € ; 23.209 €]
Moyens	]18.115 € ; 20.873 €]	]24.944 € ; 26.902 €]	]21.506 € ; 23.940 €]	]23.209 € ; 25.735 €]
Hauts	]20.873 € ; 23.161 €]	]26.902 € ; 29.108 €]	]23.940 € ; 27.071 €]	]25.735 € ; 28.350 €]
Supérieurs	]23.161 € ; ...]	]29.108 € ; ...]	]27.071 € ; ...]	]28.350 € ; ...]

> Tableau 1 : Aperçu, par région, des limites de revenu médian délimitant chaque groupe de secteurs statistiques, 2016
Source : Avalosse et al., 2019



> Carte 1 : Répartition des groupes de secteurs statistiques en Région bruxelloise, 2016

Source : SPF Economie ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

le niveau d'éducation ou de revenu, ce qui peut nous renseigner davantage sur les causes sous-jacentes des différences socioéconomiques observées.

Bulletins statistiques de naissances et décès

Pour les indicateurs liés à la mortalité et la mortalité infantile, nous recourons à une troisième source de données : les Bulletins de naissances et décès. Étant donné qu'un formulaire doit être rempli pour toute personne, indépendamment du fait qu'il soit domicilié en Belgique ou non, ou de son statut de séjour (régulier ou pas), il s'agit de la source d'information la plus exhaustive pour deux moments clés de la vie (la naissance et le décès). C'est la seule source de données à fournir des informations pour des personnes qui ne sont pas reprises dans le Registre national.

RÉSULTATS

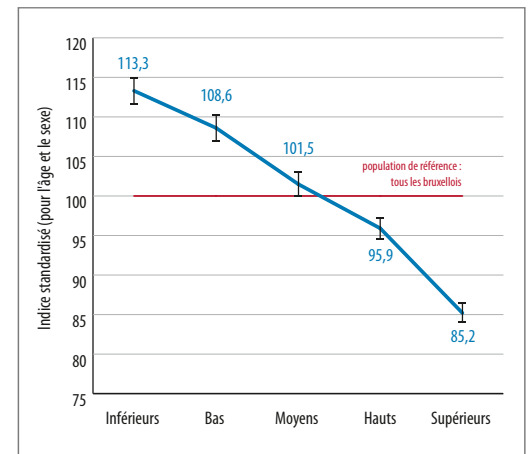
Inégalités socioéconomiques en santé

Ce **lien fort entre la position socioéconomique et la santé** largement démontré par des études nationales et internationales est également observable à Bruxelles. Les inégalités socioéconomiques dans le domaine de la santé sont **présentes dans l'ensemble de la population**, et ne concernent donc pas uniquement le groupe le plus fragile de la société. C'est la raison pour laquelle on parle de **gradient social**.

À Bruxelles également, les inégalités commencent dès la naissance. En 2016-2017, le risque de mortalité dans les ménages sans revenu du travail était plus de trois fois plus élevé que celui d'un

ménage disposant de deux revenus. Ces inégalités se maintiendront et s'accumuleront tout au long de la vie, tant pour la santé physique que mentale (voir ci-dessous). Ces inégalités résulteront finalement dans de **grandes différences d'espérance de vie**. Sur la période 2011-2015, l'espérance de vie d'un nouveau-né à Saint-Josse-ten-Noode est moins élevée de cinq ans par rapport à Woluwe-Saint-Pierre.

Ci-dessous, les inégalités socioéconomiques sont illustrées plus en détail pour certains aspects de la santé étudiés dans ce dossier. Premièrement, il existe un gradient social clair pour les maladies chroniques. Le risque de bénéficier le statut d'affection chronique augmente graduellement à mesure que l'on descend l'échelle de revenu (figure 2). Le groupe socioéconomique le plus bas a ainsi un risque plus élevé de 33,0 % de bénéficier de ce statut par rapport aux personnes appartenant au groupe socioéconomique le plus élevé ($1,33 = 113,3/85,2$).

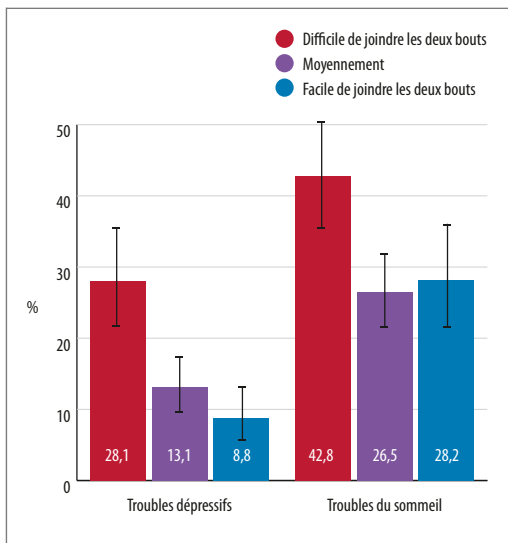


> Figure 2 : Statut affection chronique selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016

Source : Agence InterMutualiste

Deuxièmement, la santé mentale est également systématiquement moins bonne lorsque la situation socioéconomique est plus faible. Les personnes ayant des difficultés financières souffrent trois fois plus de dépression (28,1 %) en comparaison aux personnes qui ont facile à joindre les deux bouts (8,8 %). Les personnes ayant moyennement facile à joindre les deux bouts se trouvent dans une situation intermédiaire (13,1 %).

De grandes différences socioéconomiques sont également présentes dans le cas des troubles du sommeil (voir figure 3). Nous faisons en outre l'hypothèse que les groupes socioéconomiquement plus faibles à Bruxelles n'ont pas un accès suffisant aux antidépresseurs (sur base des données de l'AIM) et à la psychothérapie (sur base des données de l'Enquête de santé), ce qui suggère qu'une part considérable de la population ne suit pas de traitement pour la dépression.

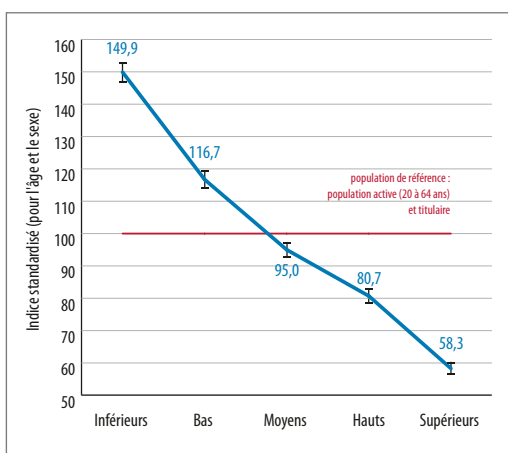


> Figure 3 : Prévalence des troubles dépressifs et des troubles du sommeil parmi la population de 15 ans et plus, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013*

*Standardisé pour l'âge et le sexe (population de référence européenne, 2013)

Source : Sciensano, Enquête de Santé 2013 ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Troisièmement, les problèmes de santé peuvent mener à une incapacité de travail ou à une invalidité. Ici aussi, un gradient social est fortement présent. L'incapacité de travail survient systématiquement plus fréquemment lorsque la position socioéconomique est moins favorable. L'incapacité de travail survient globalement près de deux fois plus souvent dans le groupe socioéconomique le plus bas en comparaison au groupe socioéconomique le plus élevé (1,91 = 131,1/68,8). Les inégalités socioéconomiques sont encore plus grandes pour l'invalidité



> Figure 4 : Invalidité selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016

Source : Agence InterMutualiste

que pour l'incapacité de travail. On peut à nouveau observer un gradient social très net entre les cinq groupes de revenus ; avec aux extrêmes, les titulaires les moins favorisés étant 2,6 fois plus susceptibles d'être déclarés invalides que les titulaires les plus favorisés (2,6 = 149,9/58,3) (figure 4).

Le rapport intégral met également en évidence des inégalités socioéconomiques pour les maladies obstructives des voies respiratoires, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la santé bucco-dentaire, le diabète, les affections cardiaques et la mortalité.

Inégalités géographiques en santé

Introduction

Étant donné les fortes différences socioéconomiques entre quartiers bruxellois (voir carte 1), il est intéressant d'examiner dans quelle mesure des répartitions géographiques comparables sont observables pour la santé. En effet, il existe de grandes différences entre les quartiers bruxellois pour de nombreuses dimensions de santé et de soins de santé qui peuvent être liées au niveau socioéconomique du quartier.

Les structures sociospatiales sont issues d'une part du développement de la ville selon une structuration concentrique (en cercles) et d'autre part d'un contraste important est-ouest. **La structuration concentrique est née de la croissance de la ville.** Les extensions successives de la ville présentent ainsi une certaine homogénéité urbanistique, et dès lors bien souvent une certaine homogénéité sociale. Nous distinguons **le centre historique (le Pentagone)**, la première couronne et la deuxième couronne. La **première couronne** de la Région bruxelloise désigne les quartiers situés entre la petite ceinture et la moyenne ceinture. La moyenne ceinture est formée par les grands boulevards au sud (avenue Winston Churchill) et à l'est (boulevard Général Jacques, boulevard Louis Schmidt, boulevard Saint-Michel, boulevard Brand Whitlock, boulevard Auguste Reyers et boulevard Lambermont), et l'arc de la ligne de chemin de fer à l'ouest. Cette première couronne fut entièrement urbanisée vers 1930. La bourgeoisie bruxelloise, en particulier, a quitté le centre de la ville en faveur de la périphérie, attirée entre autres par les maisons unifamiliales.

A côté de cette structuration concentrique et chronologique, la ville connaît aussi une **structure est-ouest**, qui suit principalement le relief de la ville. Les quartiers les plus populaires, anciens quartiers ouvriers, ont été historiquement relégués vers l'ouest alors marécageux (avec une légère inclinaison par rapport à la Senne et au Maelbeek) et moins hospitalier.

Le **croissant pauvre** concentre depuis plusieurs décennies les groupes les plus défavorisés sur le plan économique. Il se compose des quartiers au nord et à l'ouest de la première couronne. Ces quartiers sont parmi les plus pauvres de la Région bruxelloise, ils

forment un croissant autour du centre-ville, des parties basses de Forest à Saint-Josse-ten-Noode. La pente orientale au relief accusé attirait l'aristocratie. Aujourd'hui encore, les plus nantis se tournent vers le sud et l'est, où les logements ainsi que le milieu résidentiel donnent, grâce au cadre verdoyant, une excellente qualité de vie.

Cartographie

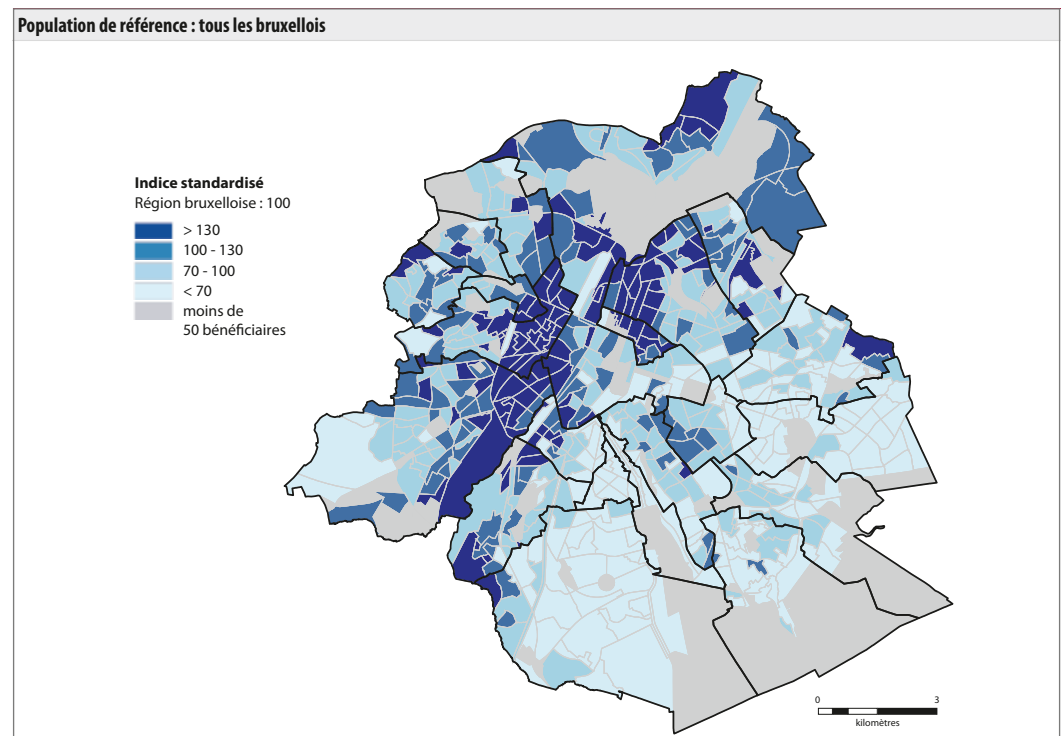
L'accent est mis sur l'interprétation des distributions générales. Pour plus d'informations sur les situations socioéconomiques locales, nous renvoyons le lecteur aux fiches communes que l'Observatoire de la Santé et du Social a rédigé en collaboration avec l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). La répartition géographique de certains indicateurs de santé est illustrée ci-dessous. Le dossier intégral reprend les cartes de tous les indicateurs de l'AIM.

Le diabète suit également ce schéma de fortes inégalités socioéconomiques entre les quartiers bruxellois. La distribution géographique du phénomène du diabète correspond presque parfaitement à la répartition des revenus en Région bruxelloise (voir carte 1). Le croissant pauvre ressort clairement, tandis que dans les quartiers les plus aisés, les habitants ont globalement moins de risque de développer le diabète (carte 2).

La distribution du **dépistage du cancer du sein** (quel que soit le type d'examen) (carte 3) correspond

également presque parfaitement à la répartition des revenus en Région bruxelloise. Les habitants du croissant pauvre se font largement moins souvent dépister, tandis que les habitants des quartiers les plus aisés se font davantage dépister. A Bruxelles, le programme organisé de dépistage du cancer du sein (qui est gratuit), atteint proportionnellement davantage de femmes plus défavorisées. Les habitants du croissant pauvre participent plus souvent au programme organisé, tout comme les habitants des parties du nord-ouest (non illustré dans le résumé). Cependant, étant donné la participation limitée au programme organisé de dépistage du cancer du sein (10,9 % des Bruxelloises de 50 à 69 ans), les grandes différences socioéconomiques observées pour le dépistage opportuniste (41,3 % des Bruxelloises de 50 à 69 ans) ne sont pas compensées et en conséquence le gradient social pour tout type de dépistage confondu est très fort.

Concernant **l'incapacité de travail primaire** (carte 4), on observe une dichotomie avec une proportion élevée dans le nord-ouest et une proportion faible au sud-est. C'est dans la zone du canal et du croissant pauvre que l'on trouve les proportions les plus importantes d'incapacité de travail primaire. Cette zone connaît la plus grande proportion d'ouvriers dans sa population active ; or il s'agit du statut professionnel le plus à risque d'incapacité de travail et d'invalidité



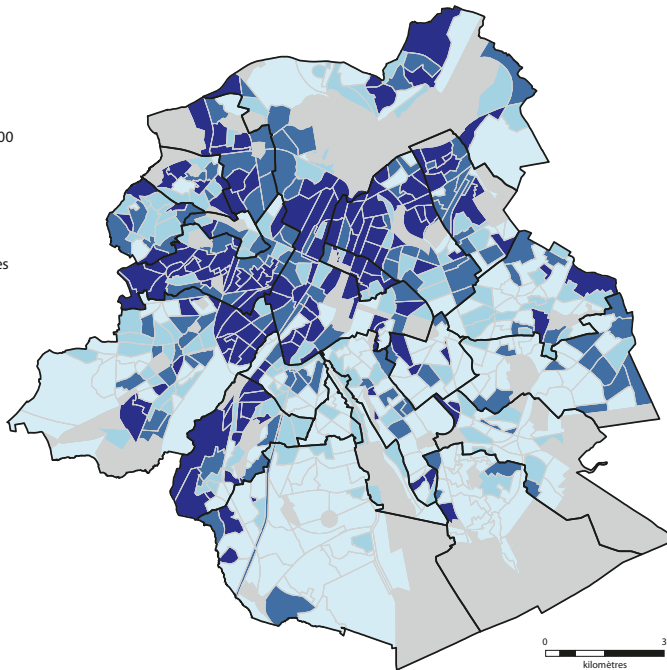
> Carte 2 : Diabète, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Population de référence : toutes les bruxelloises entre 50 et 69 ans

Indice standardisé
Région bruxelloise : 100

- > 120
- 100 - 120
- 80 - 100
- < 80
- moins de 50 bénéficiaires



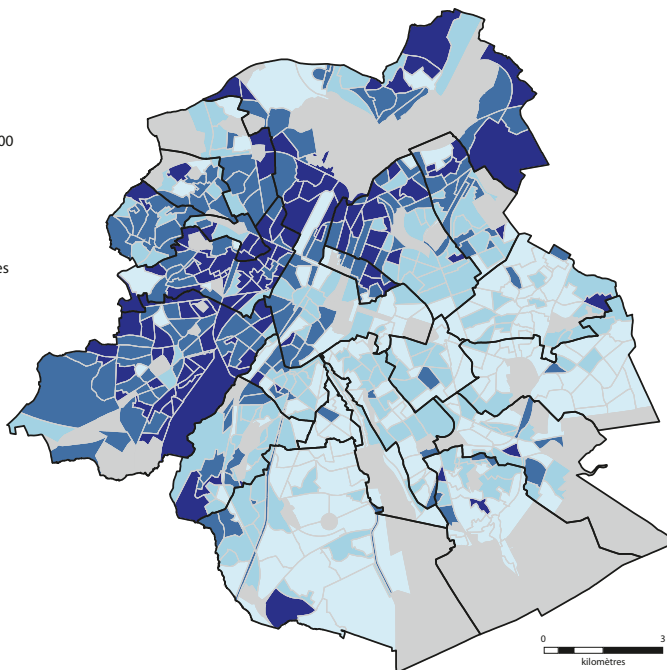
> Carte 3 : Dépistage du cancer du sein - tout type de dépistage, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Population de référence : population active (20 à 64 ans) et titulaire

Indice standardisé
Région bruxelloise : 100

- > 135
- 100 - 135
- 65 - 100
- < 65
- moins de 50 bénéficiaires



> Carte 4 : Incapacité primaire de travail, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

Ce rapport illustre clairement l'omniprésence en Région bruxelloise des inégalités socioéconomiques par rapport à pratiquement tous les indicateurs de santé. Les grandes différences entre groupes de revenus s'expriment en outre par de fortes différences géographiques au sein de la Région.


Il importe de souligner que les inégalités socioéconomiques en santé existent dès la naissance, à travers lesquelles l'enfant commence sa vie involontairement. On attend de plus en plus des citoyens qu'ils prennent activement des décisions en matière de santé et qu'ils agissent en patients informés au sein du système de soins. Les décideurs politiques insistent davantage sur les comportements de santé sains et sur les soins de santé, plutôt que de se concentrer sur les déterminants structurels qui sous-tendent les inégalités de santé. Les individus sont ainsi rendus de plus en plus responsables de leur propre santé, le contexte socioéconomique plus large dans lequel ils font leurs « choix » par rapport à la santé disparaissant à l'arrière-plan.

Étant donné que les inégalités de santé sont très profondément ancrées dans le contexte socioéconomique et social plus large, les mesures politiques ne peuvent se limiter aux seuls soins de santé. Un changement de paradigme est nécessaire qui nous ferait réfléchir aux raisons pour lesquelles nous soignons les personnes pour ensuite les renvoyer aux conditions de vie qui les ont rendues malades. De nombreux domaines politiques ont donc une influence sur la santé, comme l'emploi, le milieu scolaire, le logement, l'environnement, la sécurité sociale, ... Pour s'attaquer aux inégalités sociales de santé, il est dès lors aussi important que la santé soit incluse dans l'ensemble des domaines politiques, comme le prescrit le principe « *Health in all policies* » de l'Organisation mondiale de la santé.

Cela ne signifie cependant pas que les soins de santé ne joueraient pas un rôle crucial, au contraire. Des soins de santé accessibles contribueront certainement à la réduction des inégalités de santé. Il reste également encore du travail dans ce domaine, comme les résultats de cette étude le démontrent à nouveau. De même, au sein des soins de santé, il y aurait lieu de mieux coordonner les différents domaines politiques. Les liens entre, entre autres, soins de santé curatifs et préventifs, promotion de la santé et politique sociale doivent être renforcés.

Pour réduire le gradient social par rapport aux inégalités de santé, les actions universelles doivent parfois être complétées d'efforts supplémentaires, proportionnels au degré de précarité sociale. Il faudra également dans certains cas adapter les méthodes en fonction du groupe socioéconomique (le principe d'universalisme proportionné).

Il est désormais clair que des inégalités sociales existent pour de nombreux aspects de la santé. À côté de la nécessité d'une action politique, il y a dans le domaine de la recherche surtout un besoin de recherche qualitative afin de mieux comprendre

les mécanismes sous-jacents, de disposer de plus de connaissances sur l'impact des mesures et des interventions et le rôle de facteurs plus contextuels (e.a. infrastructure publique, espaces verts, pollution) sur les inégalités sociales en santé, ainsi que le rôle du statut migratoire, de la nationalité et des facteurs socio-culturels. 

> Plus d'info

[Observatoire de la Santé et du Social. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019. Téléchargeable sur <http://www.ccc-ggc.brussels>](http://www.ccc-ggc.brussels)

> Domaines d'action > Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale > Publications > Dossiers

Le lecteur intéressé lira aussi l'étude publiée par l'Observatoire : « [Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise - Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016](http://www.ccc-ggc.brussels) ». Elle est disponible sur <http://www.ccc-ggc.brussels> > Domaines d'action > Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale > Publications > Rapports sur l'état de la pauvreté

BAROMÈTRE SOCIAL

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale publie, pour la quinzième année consécutive, le Baromètre social, qui présente une série d'indicateurs actualisés sur la pauvreté en région bruxelloise.

Un tiers des Bruxellois vivent avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Un cinquième de la population bruxelloise d'âge actif perçoit une allocation d'aide sociale (RIS, GRAPA, etc.) ou un revenu de remplacement (chômage ou invalidité), et près d'un quart des enfants bruxellois de moins de 18 ans grandissent dans un ménage sans revenu du travail

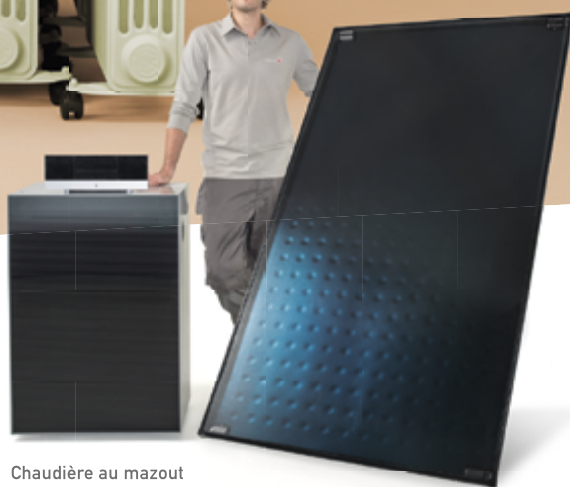
Les tendances présentées dans ce Baromètre suggèrent l'impact potentiellement important que peuvent avoir certaines réformes au niveau fédéral sur la population bruxelloise, du fait de la pauvreté élevée dans la Région.

Téléchargez le Baromètre social sur www.ccc-ggc.brussels

POUR AVOIR CHAUD,
IL Y A DES
COMBINAISONS
ORIGINALES...



ET IL Y A LA
COMBINAISON
PARFAITE.



Chaudière au mazout

Panneau solaire thermique

Dépenser moins pour se chauffer mieux ! Voilà certainement ce que recherchent les habitants de votre commune. Et quel meilleur choix qu'une installation au mazout pour se chauffer de façon économique et durable ? En effet, les chaudières au mazout modernes consomment moins et se combinent parfaitement avec les énergies renouvelables. Elles sont même déjà prêtes pour les combustibles neutres en carbone qui seront bientôt disponibles. Pour en savoir plus, consultez nos guides sur www.informazout.be/fr/faq/guides




informazout
Chaleur innovante, chaleur d'avenir

Sept ans après son étude sur la concentration des dépenses en soins de santé (2013), les Mutualités Libres publient en 2020 une nouvelle étude pour voir si les non-utilisateurs de soins de santé ont évolué en nombre ou en caractéristiques. Cette étude est basée sur leurs données administratives de remboursements en soins de santé couvrant la période 2014-2018.

Nous republions ici leurs conclusions et recommandations.

LES NON-UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ - QUI SONT-ILS ?

« Entre 2014 et 2018, la part des personnes n'ayant pas eu recours à des soins de santé remboursés par l'assurance maladie a diminué de 6,5 % à 5,4 % (7,0 % en 2010). Autrement dit, nos données suggèrent une amélioration de la couverture en termes

de recours à au moins une prestation de soins remboursés par l'assurance maladie.

Ce sont essentiellement les soins dentaires, les contacts avec un médecin (généraliste et/ou spécialiste) et les soins par kinésithérapeute qui ont enregistré les plus importantes améliorations en termes de couverture entre les années 2014 et 2018. Les trajets de soins buccaux, entrés en vigueur dans le courant de l'année 2016 dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire des citoyens en les incitant davantage à se rendre chez le dentiste, contribuent certainement à expliquer l'amélioration (limitée) de la couverture des soins dentaires. L'évolution des soins par kinésithérapeute est en lien avec l'évolution de l'incapacité de travail pour raison de maladies musculo-squelettiques.

La majorité des travaux scientifiques portant sur le renoncement à des soins de santé mettent en avant que les jeunes adultes ont moins souvent accès aux services de soins primaires (prévention médicale et dentaire incluse) que les autres groupes d'âge. Une explication donnée est liée à leur expérience aux soins primaires tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Cinq aspects de la prestation de soins primaires sont apparus comme étant importants pour les jeunes adultes : l'accessibilité et la disponibilité des services, la confidentialité des informations liées à la santé, les questions relatives à la communication avec les professionnels de la santé, la continuité des soins et les comportements et attitudes exprimés envers les jeunes adultes par les professionnels de la santé.

La personne ayant la plus forte probabilité de ne pas avoir recours aux soins de santé serait de sexe masculin, jeune, célibataire, indépendant, domicilié à Bruxelles et avec de faibles revenus.

Nous pouvons dès lors nous poser la question de savoir si ce profil a plus de chances d'être en bonne santé et donc de ne pas avoir besoin de recourir aux soins de santé ? Pas forcément ! Ces personnes ne sont peut-être pas malades mais elles ne font pas non plus de prévention remboursée : aucune consultation gynécologique, aucune visite de contrôle chez le dentiste, etc. Ceci risque bien sûr d'avoir un impact à plus long terme sur leur état de santé et les coûts

MUTUALITÉS LIBRES

ETUDE

LES NON-UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ

Qui sont-ils ?

Une publication des Mutualités Libres
Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles
T. : 02 778 92 11
commu@mloz.be

Rédaction > Güngör Karakaya

www.mloz.be


(©) Mutualités Libres / Bruxelles, février 2020
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

de soins de santé à charge de l'assurance maladie mais aussi à leur charge ! D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les besoins de cette population, car ils peuvent avoir une incidence sur l'utilisation future des services de santé. »

RECOMMANDATIONS DES MUTUALITÉS LIBRES

« Malgré une amélioration de la couverture en termes de recours à des prestations de soins remboursés par l'assurance maladie, nous retrouvons toujours aujourd'hui des personnes qui ne font pas de prévention remboursée (cf. soins dentaires préventifs). Puisque le renoncement aux soins de santé est lié non seulement aux contraintes financières, mais aussi aux besoins subjectifs des individus et à leur façon de faire face à la maladie, il est dès lors important d'agir sur différents fronts.

Cette étude ne nous permet pas de dire pourquoi ces personnes n'ont pas eu recours à des soins de santé remboursés par l'assurance obligatoire. Néanmoins, sur base de la littérature scientifique, nous pouvons émettre quelques recommandations destinées à améliorer l'accès aux soins :

- Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des services, renforcer la confidentialité des informations liées à la santé, les questions relatives à la communication avec les professionnels de la santé, la continuité des soins et les comportements et attitudes exprimés envers les jeunes par les professionnels de la santé.
 - Des campagnes de prévention et de sensibilisation devraient inciter la population à prendre encore mieux soin de sa santé au quotidien. C'est particulièrement le cas pour les indépendants dont le comportement diffère de celui des salariés alors qu'ils bénéficient des mêmes remboursements pour leurs soins de santé, mais aussi pour les hommes, les jeunes, les personnes célibataires, les Bruxellois et les personnes à faible revenu. Outre les campagnes générales destinées à l'ensemble de la population, des actions de sensibilisation adaptées à ces groupes cibles spécifiques sont donc nécessaires, notamment dans le domaine de la prévention. Elles pourraient prendre la forme de campagnes d'information dans certains quartiers de Bruxelles ou de grandes villes.
 - Ces actions ciblées appellent à une collaboration encore plus étroite entre tous les niveaux politiques responsables des soins de santé. Elles requièrent également la création de points de contact uniques pour développer ces campagnes et pour familiariser les non-utilisateurs avec le monde des soins de santé, de plus en plus complexe dans notre pays. Les Mutualités peuvent jouer un rôle important à ce sujet, par exemple en identifiant les profils à risque parmi leurs membres et en leur proposant des informations claires et adaptées à leurs besoins sur les thèmes de la santé.
 - Il est important que ces personnes soient informées sur leurs droits en tant que patients et sur la manière d'utiliser le plus efficacement possible les services de soins primaires ou de première ligne.
 - Le recours aux soins autoadministrés et le risque d'automédication parmi les non-utilisateurs de soins de santé pourraient être évités par une meilleure information et sensibilisation. Les organismes assureurs et les médecins généralistes pourraient jouer un rôle important à cet égard.
 - Les interventions en ligne et la télésanté pourraient être un moyen d'atteindre une partie des non-utilisateurs des services de santé.
 - La santé bucco-dentaire et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire des jeunes adultes dépend non seulement de leurs propres expériences en matière de santé bucco-dentaire pendant l'enfance et des soins dentaires qu'ils ont reçus, mais aussi de la perception qu'ils ont de leur santé bucco-dentaire actuelle, de leurs habitudes de santé bucco-dentaire et de leur vie sociale, ainsi que de leurs attentes en matière de santé bucco-dentaire future. Ces facteurs doivent être pris en compte afin de toucher et d'informer cette population. » 
- > **Plus d'info**
- Retrouvez l'étude complète sur www.mloz.be

La Commission européenne consulte Pacte européen pour le climat.

Consultation : Comment mieux impliquer les citoyens et les collectivités dans la lutte pour le climat ?

Il ne faut aucun doute : nous avons chacun notre rôle à jouer dans la lutte contre le changement climatique. À travers le Pacte européen pour le climat, la Commission européenne vise à mieux impliquer les citoyens et les territoires dans cet effort mondial. La Commission souhaite entendre vos idées sur comment mobiliser tous les acteurs de la société - citoyens, collectivités et associations - sur le climat. Vous avez jusqu'au 27 mars 2020 pour [envoyer vos propositions](https://ec.europa.eu/clima/policies/eu-climate-action/pact_fr) (https://ec.europa.eu/clima/policies/eu-climate-action/pact_fr). Les idées soumises lors de la consultation contribueront à la forme finale du Pacte, qui sera lancé pendant la conférence sur le climat des Nations Unies à Glasgow (COP26) en novembre 2020. Avec le Pacte pour le climat, la Commission organisera des occasions pour apprendre, échanger, co-créer et collaborer sur cette thématique. Le but étant que citoyens et organisations - aussi bien publiques que privées - s'engagent à entreprendre leurs propres actions.

> Sophie QUERTON, Dirk KAEKEBEKE, Carlo CALDARINI¹

OBSERVATOIRE DU SOCIAL DE SCHAERBEEK : FENÊTRE SUR LA SOCIÉTÉ LOCALE POUR MIEUX EN APPRÉHENDER LES DYNAMIQUES

En septembre 2019, un chargé d'études a été engagé par le CPAS de Schaerbeek. Sa mission ? Créer un Observatoire du social... Trois mois plus tard, un premier rapport a été présenté au Conseil de l'action sociale, et nombre de ses conclusions ont été incluses dans la Note de politique générale du CPAS, pour 2020.



La mission de l'Observatoire du social est en effet d'analyser l'évolution de la sociologie locale et de formuler des recommandations de manière rigoureuse et indépendante, afin d'orienter les décisions et de permettre au Centre de remplir sa mission de la meilleure manière possible.

Disposant, comme tous les CPAS, d'un bon nombre de données internes, ce premier bilan aurait pu être réalisé en utilisant ses propres sources. L'approche aurait été alors « introspective ». Il nous a semblé pourtant plus intéressant, et plus constructif, d'utiliser dans cette phase une approche « comparative », en mesurant les mêmes phénomènes dans différents CPAS.

En ce qui concerne les statistiques, nous avons utilisé la base de données du SPP IS (service public de programmation intégration sociale). L'utilisation de données collectées et traitées de manière homogène pour l'ensemble du Royaume nous a permis de situer Schaerbeek dans son contexte, de produire des séries historiques cohérentes et surtout d'identifier, à des fins de comparaison, d'autres réalités communales, avec lesquelles nous pourrions ensuite

mettre en place des analyses de terrain, fondées sur des données plus précises à l'échelle locale.

Quant à l'interprétation, la dynamique de confrontation d'opinions et d'expériences, en interne avec les directeurs des services opérationnels, et à l'extérieur avec des chercheurs universitaires et du Service Études du SPP IS, celle-ci a été d'une importance décisive.

Quelques dizaines d'indicateurs ont ainsi été analysés conjointement à plusieurs reprises, ce qui nous a conduit à identifier et à développer une série d'hypothèses de recherche, d'options méthodologiques et de lignes de travail, dont l'objectif est d'affiner les politiques et les stratégies d'accompagnement, en fonction de la diversité des situations et des besoins des bénéficiaires finaux.

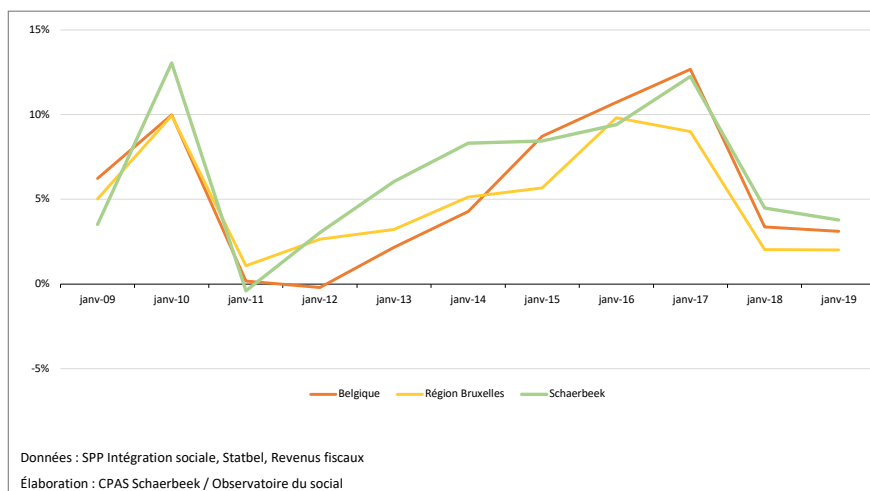
Cette approche a permis d'objectiver quelques situations problématiques et de déconstruire plus d'un stéréotype.

QUESTIONS DE DÉPART

Dans tout travail d'analyse et de recherche, l'art réside dans la capacité à formuler des questions et à susciter des réponses. Ce premier rapport de l'Observatoire social ne fait pas exception à la règle et trouve sa raison d'être dans deux ou trois questions, qui avaient suscité un certain débat :

- Le profil sociologique des bénéficiaires du CPAS de Schaerbeek est-il profondément différent par rapport à d'autres Centres ?
- Avec ses plus de 8.000 citoyens bénéficiaires, pour une population de 130.000 habitants environ, Schaerbeek serait l'une des communes avec le plus haut rapport bénéficiaires / habitants. Comment comprendre l'origine et la nature de ce phénomène ?
- D'après nos chiffres internes, à Schaerbeek un bénéficiaire sur quatre est aidé depuis plus de 5 ans. Comment considérer cette proportion ? Est-elle plus élevée que dans d'autres CPAS ?

1. Sophie Querton est Présidente du CPAS de Schaerbeek, Dirk Kaekebeke est Secrétaire général, Carlo Caldarini est chargé d'études, responsable de l'Observatoire du social.



> FIGURE 1 - Taux de croissance annuel du nombre de bénéficiaires RIS en Belgique, Région de Bruxelles-Capitale et à Schaerbeek

PROFIL DES BÉNÉFICIAIRES

Au premier abord, les indicateurs relatifs à Schaerbeek montrent une situation proche des moyennes nationales et régionales, et similaire à celle de certains autres CPAS bruxellois, à la sociologie un peu plus complexe.

Cinq axes d'intérêt général ressortent de cette analyse comparative :

- **Dimension de genre.** Des différences importantes existent entre les situations des femmes et des hommes à risque de pauvreté. Même si l'écart tend à se réduire depuis la crise économique et financière de 2008, en moyenne plus de femmes que d'hommes sont bénéficiaires d'un RIS (revenu d'intégration sociale).

Les femmes ont généralement un taux d'emploi plus faible et sont plus exposées au risque de pauvreté que les hommes. Et plus spécifiquement, les femmes bénéficiant d'un RIS ont plus souvent que les hommes une famille à leur charge.

- **Précarité des jeunes.** La proportion de jeunes émergeant au CPAS a sensiblement augmenté de 2006 à 2012 et est devenue relativement stable depuis 2015, sans pour autant diminuer. Ce phénomène est particulièrement visible à Molenbeek et à Schaerbeek.

Que la pauvreté et la précarité frappent particulièrement les jeunes, cela est un phénomène alarmant, d'autant plus que les politiques sociales de ces dernières années n'ont cessé d'accorder une attention particulière à cette population. Mais il est aussi un signe de progrès que des jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation, fassent appel à l'aide d'un CPAS, pour entamer, reprendre ou poursuivre des études, dans la mesure où cela permet à chacun de fonder un projet durable.

- **Évolution de la structure familiale.** La prise en compte de la catégorie familiale dans l'analyse de l'action d'un CPAS a un intérêt qui va bien au-delà des aspects administratifs et financiers. Ce sont surtout les connexions avec d'autres facteurs, socioéconomiques en particulier, qui devraient attirer notre attention, surtout lorsque les catégories administratives (cohabitants, isolées et personnes avec une famille à charge) correspondent peu à la démographie réelle.

À Schaerbeek, on peut estimer qu'au moins 50 % des bénéficiaires sont en réalité des personnes qui « ont une famille » : des couples, des familles monoparentales, avec ou sans enfants, ou avec le projet d'en avoir bientôt. Cette proportion

est plus élevée qu'aux niveaux régional et national.

- **Nationalité.** Le régime de l'aide sociale est une institution importante pour les nouveaux arrivants et un passage presque obligatoire pour beaucoup d'entre eux. Cependant, la plupart des analyses sont consacrées à vérifier, d'une part, si les migrants reçoivent des prestations depuis plus longtemps que les nationaux et, d'autre part, si les migrants qui résident plus longtemps dans le pays les reçoivent pendant une période plus courte que les migrants plus récents. Très peu d'études ont analysé le rôle de l'aide sociale dans l'amélioration des conditions socio-économiques des migrants, et encore moins celui des organismes comme le CPAS dans l'accélération des processus d'intégration des nouveaux arrivants dans la société d'accueil.

À Schaerbeek, près d'un bénéficiaire sur deux ne dispose pas de la nationalité belge. Cette proportion est plus élevée qu'au niveau national et régional, mais pas à cause d'une plus grande dépendance des étrangers à l'égard de l'aide sociale. Ce serait plutôt le contraire, si l'on tient compte de leurs proportions parmi la population résidente.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

En observant les taux de croissance, on constate que le nombre de personnes vivant avec un revenu d'intégration ne fait qu'augmenter en Belgique et en région de Bruxelles-Capitale, et que les deux courbes évoluent dans le même sens et avec les mêmes gradations que celle de Schaerbeek (FIGURE 1).

Plus que par des micro-facteurs locaux, l'évolution du nombre de bénéficiaires est en effet influencée par des macro-facteurs contextuels.

L'accroissement du nombre de bénéficiaires entre 2009 et 2010, par exemple, est dû notamment à la détérioration du marché du travail, qui a frappé particulièrement les travailleurs les plus précaires.

À partir de 2012, ce sont les effets de la réforme des allocations d'insertion qui commencent à se faire sentir, transférant bon nombre de jeunes demandeurs d'emploi vers les CPAS.

De la même manière, les fortes variations d'une année à l'autre du nombre de bénéficiaires ayant le statut de réfugié sont tributaires notamment des différentes phases des politiques migratoires.

Ce n'est qu'à certaines périodes, et pour certaines catégories de bénéficiaires, que le taux de croissance de Schaerbeek s'écarte, vers le haut ou vers le bas, de celui des moyennes nationales et régionales. C'est le cas, par exemple, pour les bénéficiaires de moins de 25 ans, les réfugiés et pour les isolés.

Cela suggère que, bien qu'il existe de solides macro-facteurs contextuels d'ordre supra-local, la dimension locale conserve certaines spécificités qui méritent d'être analysées de plus près.

RAPPORT BÉNÉFICIAIRES / HABITANTS

Nous en venons maintenant à la question du nombre de personnes vivant avec un revenu d'intégration. À première vue, une simple représentation cartographique montre à quel point la concentration RIS / habitants est un phénomène qui touche, avec différentes nuances, toute la Région de Bruxelles-Capitale (FIGURE 2).

Cela dit, oui : Schaerbeek est effectivement l'une des communes avec le plus haut rapport « bénéficiaires du RIS / habitants ».

Pour mieux situer cette commune dans son paysage socio-institutionnel, le nombre de RIS et le revenu net imposable des déclarations fiscales de toutes les communes et les arrondissements du Royaume ont été mis en comparaison sous forme de classement.

Les résultats synthétisés par le TABLEAU 1 sont éloquentes : Parmi le « top 20 » des communes avec le plus faible revenu, douze figurent aussi dans le peloton de tête des communes avec le plus grand nombre de RIS.

Dans le premier comme dans le deuxième tableau, Schaerbeek est entourée des mêmes 6 communes bruxelloises : Molenbeek, Saint-Josse, Saint-Gilles, Anderlecht, Forest et la ville de Bruxelles. Cela montre à quel point la proximité entre Schaerbeek et certaines autres communes bruxelloises n'est pas purement géographique.

Mais attention à la manière dont ces classements ont été construits et doivent être interprétés.

Dans les deux cas, notre « top 20 » a été calculé mettant en comparaison **tous les 581 CPAS et communes de Belgique**. En déduire que Saint-Gilles fait un « meilleur score » que Schaerbeek, ou que Schaerbeek occupe une meilleure place que Molenbeek, ne serait pas correct. Le phénomène doit être observé dans son ampleur, tenant compte des autres 561 CPAS qui, pour des simples raisons de place, n'apparaissent pas dans ces pages.

Pour avoir une idée plus précise de l'ampleur de cette comparaison, il suffit de considérer que, pour trouver la commune néerlandophone avec le plus faible revenu médian par habitant (De Panne), il faudrait idéalement parcourir ce classement jusqu'à la 60^e place.

DURÉE DES PÉRIODES D'OCTROI

Même si la durée des aides accordées par les CPAS a toujours fait l'objet de débats, nous pouvons compter sur les doigts d'une main les études qui ont abordé la question de manière systématique.

En 1997, Bart Cockx (Universiteit Gent) avait attiré l'attention sur le fait que certains groupes sociaux restent plus longtemps dans le système d'aide (par exemple les femmes avec enfants à charge et les hommes célibataires) et que la durée des aides est proportionnelle à la taille démographique des communes².

En 2013, le SPP IS introduit pour la première fois la variable « durée d'octroi » au niveau de toute la Belgique, en distinguant les périodes de durée « complète » et « incomplète »³.

Cette analyse a permis de constater que :

- La proportion de bénéficiaires avec une durée d'octroi complète augmente avec l'âge.
- La durée moyenne est systématiquement plus longue pour les femmes que pour les hommes.
- Les différences entre hommes et femmes tendent à diminuer.
- Pour les communes et villes de plus grande taille, la proportion de bénéficiaires avec une durée d'octroi complète est plus élevée et les durées

moyennes d'octroi incomplètes sont les plus longues.

En 2016, la variable « durée d'octroi » réapparaît dans un nouveau rapport du SPP IS consacré à la question de genre⁴.

Cette nouvelle analyse précise que :

- Les femmes ayant une charge de famille présentent des durées d'octroi plus longues que les femmes isolées ou vivant en cohabitation. Ceci n'est par contre pas le cas des hommes dont les durées d'octroi sont les plus courtes alors qu'ils ont une famille à charge.
- Les femmes avec une charge de famille et un partenaire de vie ont des durées d'octroi proches de leurs homologues masculins vivant dans une situation identique. Par contre, les femmes en situation de monoparentalité montrent des durées médianes d'octroi qui sont presque le double de celles des hommes dans la même situation.

Mais c'est surtout la thèse de doctorat de Sarah Carpentier⁵ (Université d'Anvers), et sa notion de « trajectoire socio-économique », qui nous a fourni le plus d'éclairages et d'hypothèses de travail.

Les parcours des personnes sont en effet très variés et complexes. Ils comptent de multiples transitions, sont sujets à de nombreuses fluctuations et se caractérisent surtout par un manque de stabilité :

- Les bénéficiaires enregistrent en moyenne 4 statuts socioéconomiques différents en 4 ans et la moitié d'entre eux quittent déjà le CPAS après 8 mois.



Données : SPP Intégration sociale, Statbel, Revenus fiscaux

Élaboration : CPAS Schaerbeek / Observatoire du social

> FIGURE 2 - Répartition des communes selon le nombre de RIS pour 1000 habitants (période aout 2018 / juillet 2019)

2. Cockx, Bart L. W., Analysis of Transition Data by the Minimum-Chi-Square Method : An Application to Welfare Spells in Belgium. Review of Economics and Statistics, Vol. 79, No. 3, August 1997.

3. SPP Intégration sociale, FOCUS : DUREE D'OCTROI, 2013.2.

4. SPP Intégration sociale, FOCUS : Hommes et femmes au CPAS, Numéro 14, Mars 2016.

5. Carpentier S., Lost in Transition? Essays on the Socio-Economic Trajectories of Social Assistance Beneficiaries in Belgium, Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Sociologie, Universiteit Antwerpen, 2016

6. Voir Annexe statistique.

- Une petite moitié des bénéficiaires décroche un poste ou prend part à une mesure d'activation, mais seuls 12 % parviennent à stabiliser durablement leur situation professionnelle.
- Un bénéficiaire sur trois retourne au CPAS au cours de ces quatre années et, plus sa mise à l'emploi est courte, plus il risque de basculer à nouveau vers l'aide sociale.
- À l'issue d'une période d'observation de 4 ans, 38 % des anciens bénéficiaires ont disparu tant du marché du travail que du système de sécurité sociale, et 21 % dépendait de nouveau ou encore de l'aide du CPAS.

Si l'on considère qu'à la même époque, la stabilité moyenne d'occupation auprès du même employeur était en Belgique de 12 ans, l'étude de Sarah Carpentier montre à quel point la situation des bénéficiaires de l'aide sociale est volatile par rapport au reste de la population.

Les différences sont principalement dues aux origines sociales de la personne et à son éventuel passé migratoire. Mais les spécificités des contextes socioéconomiques locaux (marché de l'emploi notamment) et de la politique des CPAS jouent également un rôle, preuve de l'importance de l'action locale.

COMMENT COMPARER CES CHIFFRES AVEC CEUX D'UN GRAND CPAS BRUXELLOIS ?

Si les études sur la durée des aides peuvent se compter sur les doigts d'une main, les données quantitatives sont quasi inexistantes à cet égard. En plus de cela, toutes ces études nous montrent que calculer de tels indicateurs est loin d'être une opération banale.

Pour contourner cet obstacle, nous avons pu nous appuyer sur l'expertise du Service études du SPP IS.

Après avoir clarifié ensemble l'objet et les contours du problème, de nouvelles statistiques ont été calculées, qui comprennent les informations suivantes :

1. Combien de personnes étaient bénéficiaires d'une aide financière (RIS ou équivalent) en 2018.
2. Combien de ces personnes étaient déjà aidées par **le même CPAS** en 2017, 2016,... jusque 1999.
3. Combien de ces personnes étaient déjà aidées par **un CPAS** en 2017, 2016,... jusque 1999. Ces dernières données tiennent compte de la mobilité des personnes, et par conséquent des aides éventuellement accordées dans le passé par d'autres CPAS.

Aujourd'hui, nous disposons de ces données pour l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale et de la Belgique, et pour chacun des 19 CPAS bruxellois.⁶

Nombre de RIS pour 100 habitants Moyenne janvier/mars 2019		
1.	Liège	6,0
2.	Molenbeek	6,0
3.	Saint-Josse	5,7
4.	Schaerbeek	5,4
5.	Dison	5,1
6.	Anderlecht	4,7
7.	Huy	4,3
8.	Seraing	4,3
9.	Verviers	4,3
10.	Charleroi	4,2
11.	Saint-Gilles	4,0
12.	Forest	4,0
13.	Farciennes	3,9
14.	Evere	3,8
15.	Mons	3,7
16.	Bruxelles	3,6
17.	La Louvière	3,6
18.	Boussu	3,6
19.	Chatelet	3,4
20.	Namur	3,4

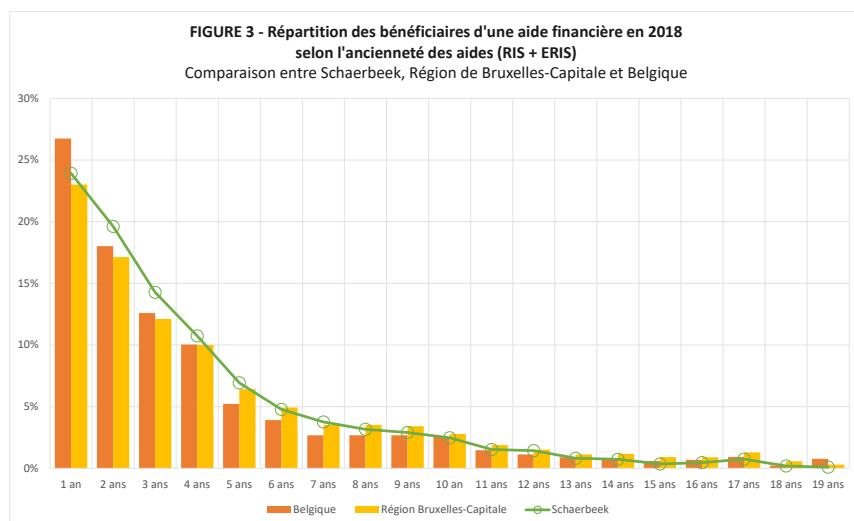
Données : SPP Intégration sociale, Statbel, Revenus fiscaux
Élaboration : CPAS Schaerbeek / Observatoire du social

Revenu net imposable par déclaration fiscale (médiane) Année de revenu 2016	
1.	Saint-Josse 14931
2.	Saint-Gilles 16646
3.	Molenbeek 17440
4.	Bruxelles 17802
5.	Anderlecht 17872
6.	Schaerbeek 17962
7.	Farciennes 18381
8.	Colfontaine 18518
9.	Ixelles 18639
10.	Charleroi 18694
11.	Koekelberg 18718
12.	Liège 18792
13.	Hastière 18795
14.	Boussu 18960
15.	Dison 19088
16.	Viroinval 19149
17.	Forest 19266
18.	Châtelet 19276
19.	Quaregnon 19280
20.	Verviers 19280

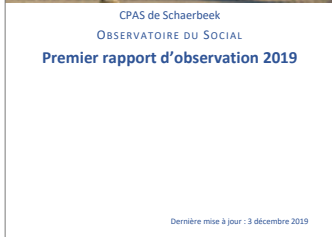
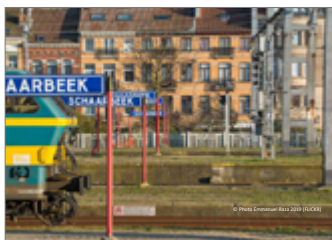
> TABLEAU 1 - Comparaison entre le nombre de RIS pour 100 habitants et le revenu net imposable par déclaration fiscale

Il nous a ainsi été possible d'estimer, CPAS par CPAS, dans quelles proportions les bénéficiaires de l'année 2018 se répartissent en fonction de « l'ancienneté » de leurs aides.

La FIGURE 3 compare les pourcentages de Schaerbeek à ceux de la Région de Bruxelles-Capitale et de l'ensemble de la Belgique.



Données : SPP Intégration sociale, Statbel, Revenus fiscaux
Élaboration : CPAS Schaerbeek / Observatoire du social



Pas besoin de longs discours pour commenter ce graphique. Comme déjà pour la plupart de nos indicateurs, visiblement Schaerbeek montre une dynamique proche de celles des deux autres entités majeures.

Idem, en comparant les 19 CPAS bruxellois. Il est frappant de voir comment les courbes « collent » les unes aux autres, nonobstant toute spécificité locale.

Des différences ressortent uniquement durant les 24 premiers mois d'aide :

- Dans des communes comme Ganshoren et Woluwe-Saint-Pierre, au profil sociologique bien différent de celui de Schaerbeek, 6 à 7 bénéficiaires sur 10 semblent pouvoir quitter l'aide du CPAS durant les premiers 24 mois.
- À Schaerbeek, mais aussi à Anderlecht, Molenbeek et Evere, la proportion de bénéficiaires quittant l'aide du CPAS durant les premiers 24 mois est inférieure à 5 sur 10.
- Certains autres CPAS comme Bruxelles-Ville et Saint-Josse, qu'on avait supposés être sociologiquement proches de Schaerbeek, s'en éloignent et montrent un comportement plus hétérogène.

Des hypothèses plausibles pourraient être formulées au fur et à mesure, comme le fait que le potentiel d'emploi de Bruxelles-Ville doit sans doute être bien plus important que celui des autres CPAS. En termes de travail salarié, cette commune représente à elle seule près de 40 % des emplois de toute la Région bruxelloise. Et c'est la seule commune de la région où le nombre d'emplois occupés (± 230.000) est supérieur à celui des habitants (± 180.000)⁷.

Ou que, pour une commune de très petite taille comme Saint-Josse, un bon nombre de « sorties du CPAS » sont en réalité des sorties du territoire communal, dues à une population notablement assez mobile.

Mais sans la connaissance nécessaire des différents terrains, toute hypothèse ne peut rester qu'au stade d'hypothèse. Et surtout, nous devons être conscients que toutes ces variables sur la durée de l'aide ne nous fournissent que des informations quantitatives, alors que la mission du CPAS est de permettre à chacun de mener une existence conforme à la dignité humaine, et pas de se débarrasser de ses bénéficiaires le plus rapidement possible.

Nous savons encore peu de choses, à ce stade, de la qualité des services et des accompagnements proposés dans les différents CPAS pour que les

UN OBSERVATOIRE DU SOCIAL ? C'EST QUOI UN OBSERVATOIRE ?

Un Observatoire, c'est un lieu d'où l'on observe quelque chose, les mouvements des étoiles ou les migrations des oiseaux, par exemple. Pour un CPAS, ce quelque chose est le changement social. Sa mission est donc d'ouvrir une fenêtre sur la société et d'en analyser les dynamiques.

Pour cela, il doit se munir des instruments nécessaires. Ses télescopes, pour ainsi dire, ce sont les méthodes et les techniques de la recherche sociale, mais surtout beaucoup de curiosité et une bonne dose de modestie. Observer, faire des recherches, c'est en fin de compte s'intéresser à la découverte de ce que l'on ne sait pas.

INTÉRESSANT, MAIS QUI DÉFINIT LES THÈMES DE SES RECHERCHES ?

Les premiers thèmes et sujets de recherche de l'Observatoire ont été définis en dialoguant avec le Secrétariat général, le Conseil de l'action sociale, les Directions et les coordinateurs de la CASS⁸. Des

échanges informels ont été également établis avec d'autres chercheurs et universitaires externes, et d'autres encore avec des acteurs de terrain.

Mais on ne va pas s'arrêter là. Pour pouvoir fonctionner, l'Observatoire a besoin qu'on lui adresse des demandes, qu'on l'interpelle, qu'on lui demande de participer à l'analyse de problèmes et demandes ponctuelles et spécifiques, de contribuer à la mise à disposition et à l'échange des données, en interne, ainsi qu'auprès de partenaires externes : avec d'autres CPAS, associations, universités, communes, intercommunalités, etc.

OUI, D'ACCORD, MAIS CONCRÈTEMENT ?

Concrètement, la première étape consiste à lire le rapport de l'Observatoire. Vous y trouverez une montagne d'informations et de données, ainsi que diverses propositions et pistes de travail.

Une deuxième étape consistera à critiquer ce rapport : demander des éclaircissements ou des précisions, faire des observations et des suggestions.

Cette deuxième étape sera mieux réalisée en équipe, en invitant par exemple le responsable de l'Observatoire à une réunion de travail ou à une formation.

Et pour finir, chaque service du CPAS de Schaerbeek, ou association locale aussi, peut demander à l'Observatoire d'intervenir sur des questions ponctuelles et bien spécifiques, liées à sa propre mission. Par exemple : avez-vous besoin de données sur les jeunes, ou sur les demandeurs d'emploi, ou sur l'aide médicale urgente ? Eh bien, peut-être que l'Observatoire peut vous aider à interpréter ces données, si elles existent déjà en interne. Ou alors, il pourrait vous aider à les obtenir de l'extérieur, s'il s'agit de statistiques disponibles. Ou, ce qui est plus intéressant, l'Observatoire peut accompagner un service dans la réalisation de sa propre petite enquête, et ainsi dans la construction des données dont il a besoin.

En bref, il y a beaucoup de pistes, il suffit de s'y mettre :-)

8. La CASS (Coordination de l'action sociale schaarbeekoise) est le partenariat entre le CPAS de Schaerbeek et la coordination associative regroupant une quarantaine d'asbl et de services communaux. Pour en savoir plus : www.cass-cssa.be.

personnes se rendent autonomes, ni des raisons qui favorisent davantage l'émancipation de certains bénéficiaires plutôt que d'autres.

En ligne générale, rien ne nous autorise à supposer que les grandes tendances constatées par les études de l'Université d'Anvers et du SPP IS ne soient pas également d'application à Schaerbeek. On peut ainsi partir du principe que le contexte socio-économique des organismes d'aide et l'ouverture des politiques et des plans d'activation jouent encore plus que les caractéristiques objectives et subjectives, dans la détermination des moments de transitions de la personne et dans la direction et la « longueur » des trajectoires individuelles.

À cet égard, il convient de noter que de nouvelles variables, prenant en compte à la fois le nombre de jours payés et les périodes d'interruption de l'aide, ont été développées par la suite par le Service études du SPP IS. Celles-ci vont nous permettre de construire, pour chaque CPAS, de nouveaux indicateurs des « trajectoires », alternatifs à ceux de la « durée d'octroi » qui ont montré leurs limites en terme de lisibilité, d'interprétation et, principalement, d'utilité politique⁹.

POUR CONCLURE...

L'objectif de ce rapport était de présenter un premier bilan des données, indicateurs et études qui pourraient mieux orienter et mettre en perspective l'action du CPAS de Schaerbeek et d'indiquer, par ce biais, les axes de travail de l'Observatoire pour 2020 et 2021.

Le rapport se termine ainsi par la mise en évidence de certaines problématiques principales, exprimés sous forme de questions, et en suggérant quelques hypothèses de recherche, options méthodologiques et pistes de travail.

Certaines hypothèses sont également formulées quant aux effets possibles sur les politiques sociales du CPAS.

Tous ces éléments sont brièvement résumés dans le TABLEAU 2 (ci-dessous). 

Tableau 2 - Axes de travail de l'Observatoire du social pour 2020-2021

Problématiques	Hypothèses	Options méthodologiques	Politiques sociales	Pistes
Conditions des jeunes Charge familiale Immigration	L'emploi est le meilleur vecteur d'émancipation durable du citoyen bénéficiaire Mettre un jeune sans formation à l'emploi, c'est lui donner un « billet de retour » vers le CPAS Les femmes ayant une charge de famille présentent des durées d'octroi plus longues que les femmes isolées ou vivant en cohabitation Les étrangers s'intègrent plus vite quand ils bénéficient d'une aide du CPAS L'accompagnement proposé durant les 24 premiers mois d'aide est un tournant important dans l'évolution des trajectoires individuelles	Indicateurs quantitatifs et qualitatifs Distinguer indicateurs et objectifs Contexte Triangulation Connaissance du tissu local	Accompagnement Contrats insertion Formation PIIS	Continuer à affiner les stratégies d'accompagnement en fonction de la diversité des situations Favoriser des temps partiels pour augmenter la durée d'insertion Sensibiliser les jeunes à l'importance des stages d'observation / formations Continuer à développer les outils de bilan

> Plus d'info

Pour celles et ceux qui souhaitent en savoir plus, et aussi contribuer davantage à la réflexion et au débat, la version intégrale de ce rapport, avec ses conclusions, recommandations et annexes statistiques, peut être librement téléchargée depuis l'Internet.

Premier rapport d'observation
2019 et annexe statistique sur
www.brulocalis.brussels

Pour contacter l'Observatoire du social :
Carlo Caldarini
carlo.caldarini@cpas-schaerbeek.brussels

7. Source : view.brussels, www.actiris.be.

9. Ces nouveaux indicateurs ont été présentés lors de la réunion du groupe de travail « Dataview », le 29 janvier 2020 au siège du SPP IS.

> Propos recueillis par Philippe DELVAUX

« VERS UN AMBITIEUX SOCLE D'ACCÈS AU DROIT À LA SANTÉ »



En janvier dernier, la Fédération des CPAS bruxellois publiait l'étude « harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale », sur l'accès aux soins de santé des personnes émergeant aux CPAS dont l'objectif était d'identifier les barrières existantes et les pistes pour les réduire. Pour 2020, les 19 CPAS de la Région Bruxelles-Capitale s'engagent à harmoniser et à renforcer leurs pratiques et leurs politiques en la matière au travers de 4 grandes thématiques : collaboration avec les acteurs de la santé, automatisation de l'accès aux soins, carte santé et médicaments. Rencontre avec Karine Lalieux, Présidente de la Fédération des CPAS bruxellois.

Karine Lalieux : « Toute cette étude a été faite avec les travailleurs. Elle repose sur les compétences de nos travailleurs en CPAS et leur parfaite connaissance du métier.

C'est également une première au niveau belge : les CPAS bruxellois ont initié un chantier qui, à ce jour, ne connaît pas d'équivalent en Flandre ou en Wallonie. L'étude a été très bien reçue par la presse et même mes homologues de Flandre et de Wallonie m'ont fait remonter leur intérêt pour ce travail. Et l'initiative, subventionnée par la COCOM, vient du terrain, portée par la Fédération et menée avec les CPAS bruxellois.

Les conclusions montrent une harmonisation possible et souhaitable, mais que tout n'est ni possible, ni souhaitable. Les balises sont de garder l'humain au centre, tout en travaillant sur le socle de base. »

Trait d'Union : pouvez-vous resituer l'objectif de l'étude « harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale » ?

Karine Lalieux : « Mes prédécesseurs et l'ensemble des Présidents de CPAS, que je dois remercier ici, avaient lancé cette étude, financée par la COCOM, pour objectiver le débat relatif aux politiques de santé mis en œuvre par nos 19 CPAS. Les études récentes de l'Observatoire de la santé et du social ou celle des Mutualités Libres « Les non-utilisateurs de soins de santé »¹ rappelaient encore récemment combien l'accès à la santé est inégalitaire. Or, la santé est un droit fondamental. Et pourtant, c'est souvent le premier besoin qui est éliminé par ceux qui affrontent des difficultés financières. Et on sait également que l'absence ou le report de soins fait empirer la situation... ce qui coûte in fine plus cher à tout le monde.

Il nous fallait nous attaquer au problème, et cette étude nous a permis d'objectiver nos connaissances, en établissant un état des lieux des pratiques et des politiques. Mais nous ne pouvons pas nous arrêter à

celui-ci. L'étude pointe des accents particuliers, mais ceux-ci sont moins nombreux que ce que l'on pourrait penser au premier abord. Et surtout, l'étude nous permet d'identifier les pratiques qui mériteraient harmonisation. Elle donne des pistes qu'il faut maintenant exploiter.

Nous avons donc décidé de poursuivre ce travail, au profit des bénéficiaires, et de témoigner au passage de la capacité des CPAS à travailler non seulement ensemble, mais également avec les autres acteurs du secteur. Et cette collaboration est d'ailleurs facilitée par le renouvellement des organes CPAS qui a découlé des élections communales.

On dispose maintenant de lignes directrices et de pistes sur lesquelles s'appuyer. Et, avec l'ensemble du Comité directeur de la Fédération des CPAS, nous sommes tous d'accord pour que le socle commun à déterminer, et que tout le monde appelle de ses vœux, ne soit pas fixé à minima mais se montre suffisamment ambitieux. Ce travail ne peut absolument pas aboutir à éliminer les acquis actuels. Mais il faudra peut-être dépasser des freins, ou en appeler à des aides financières pour aboutir sur certains axes.

Car évidemment, il faut rester attentif aux conséquences budgétaires de toute décision qui peuvent se révéler plus lourde à porter pour certains CPAS. Mais a contrario, on ne peut pas non plus brider notre travail en le limitant a priori par des seuls considérants budgétaires. Il y a toujours des difficultés, et c'est bien le rôle du politique de les résoudre. Dans certaines communes, les difficultés ont d'ailleurs déjà été dépassées. On doit apprendre à regarder les bonnes pratiques, et s'en inspirer pour non seulement simplifier la vie de tout le monde, mais aussi, tout en respectant les lois et les exigences de contrôle, notamment budgétaire, aider mieux encore les bénéficiaires des CPAS.

L'apport principal de l'étude est qu'elle a montré des possibles auxquels nous devons maintenant essayer de répondre. Unanimes, le Bureau et le Comité

1. « Les non-utilisateurs des soins de santé – Qui sont-ils ? », Mutualités libres, 2020, disponible sur www.mloz.be

Voir aussi article page 24 dans ce numéro.

directeur ont embrayé. Il n'y a eu aucune résistance, tous partis confondus, petits et gros CPAS : il y a une volonté commune d'avancer. »

Et comment allez-vous procéder ? Et dans quel délai ?

Karine Lalieux : « L'étude a esquissé des pistes, reste à les approfondir et à proposer des mesures. La Fédération avait déjà mis en place un Groupe de travail sur les soins de santé réunissant des techniciens de CPAS. Nous avons demandé fin février à en renouveler la composition, via un courrier adressé aux 19 CPAS. L'objectif de ce Groupe sera de travailler à des problématiques très concrètes pointées dans l'étude. Parmi les points mis à l'étude, je vous citerai à titre d'exemple la carte de soin, dont les modalités d'octroi ou la couverture varient d'un endroit à l'autre.

Nous espérons obtenir un groupe de travail le plus large possible, qui intègre l'ensemble des CPAS et entame un dialogue constructif. Et les axes de travail seront retenus dans une optique très pratique et dotée d'un échéancier.

Pour ce faire, on fera établir un rétro-planning, quitte à l'adapter si la mouture initiale n'est pas tenable. L'important est d'impulser un rythme de travail, de signaler notre volonté d'avancer. D'autant plus qu'on ne part pas de rien : les problématiques sont identifiées et les recommandations émises. Le groupe de travail va s'attaquer à celles-ci pour chercher à les opérationnaliser dans des propositions de modifications ou d'harmonisation, et ce seront ces dernières qui in fine passeront par les instances politiques des CPAS.

Le processus est long, certes, mais cela ne doit pas nous arrêter : nous sommes là pour faire avancer les choses.

Il faut être ambitieux : nous entendons aboutir à un accord entre CPAS d'ici à la fin de cette année, accord portant sur une partie des recommandations issues de l'étude, d'après les conclusions auxquels le groupe de travail soins de santé sera arrivé.

Une journée inter-CPAS s'est tenue début mars, soit un peu trop tôt pour déjà avoir pu aborder l'harmonisation que nous initions. Mais j'espère vivement pouvoir présenter à nos collègues wallons et flamands, lors de l'édition 2021 de cette journée inter-CPAS, les solutions que nos CPAS bruxellois auront élaborées d'ici là en matière d'harmonisation de soins de santé. »

Le Groupe de travail peut certes s'attaquer à l'harmonisation des pratiques entre CPAS. Mais une partie de la problématique ressort à d'autres niveaux de pouvoir, et notamment au Fédéral.

Karine Lalieux : « On sait combien la charge, tant de travail que financière, a été reportée ces dernières années du Fédéral vers les CPAS. En l'absence d'un Gouvernement Fédéral, la résolution de certaines problématiques, au rang desquels le juste

financement des CPAS et la revalorisation du revenu d'intégration, s'en trouve reportée.

Mais tout n'est pas bloqué pour autant car l'administration fédérale reste, elle, en place et les représentants des Fédérations de CPAS bruxellois, wallons et flamands continuent de se réunir mensuellement avec le SPP Intégration Sociale.

Et bien entendu, on y parle de simplification administrative. D'autant plus que cette thématique ressortait clairement d'une enquête de satisfaction menée par le SPP auprès des CPAS comme une attente prioritaire.

Mais pour avancer sur ces questions, il faudra que nous venions auprès de l'administration fédérale avec des propositions simplificatrices appuyées par la démonstration du bien-fondé des mesures que nous proposons. C'est aussi le périmètre de notre Groupe de travail. »

LIRE AUSSI

Le Mémoire Fédéral 2019 de CPAS reprend notamment les revendications des CPAS eu égard :

- d'une part à la problématique du report de charge du Fédéral vers les CPAS ;
- et d'autre part à celle des soins de santé, tant pour ce qui concerne le système informatisé MediPrima permettant de faciliter la gestion des décisions de prise en charge des soins de santé par le CPAS et d'automatiser le remboursement des frais médicaux, que pour la compensation des frais médicaux et pharmaceutiques exposés par les CPAS ou enfin, de manière plus globale, la réduction des barrières d'accès aux soins de santé.

Retrouvez le Mémoire Fédéral 2019 de CPAS (note technique et note politique) sur www.brulocalis.brussels ou voir pp.36-42

Et hormis le travail entre CPAS ou le dialogue avec les autres niveaux de pouvoir, une partie de la solution passe aussi par celui avec les autres acteurs du secteur de la santé...

Karine Lalieux : « Une partie du travail devra être menée en étroite relation avec la Fédération des Associations des Médecins Généralistes de Bruxelles (la FAMGB), avec Médecins du monde, ou encore avec l'Union des Pharmaciens de Bruxelles (UPB-AVB), par exemple pour revoir la liste des « médicaments D ». Là, les discussions ne seront pas menées pour les CPAS par les techniciens du groupe de travail dont nous avons parlé ; ils n'ont en effet pas l'expertise nécessaire pour juger par exemple des médicaments dont question. Les discussions seront

encadrées par le Bureau et le Comité directeur, avec les représentants de ces secteurs. Ce qui nous permettra d'ailleurs aussi de recueillir les difficultés auxquelles ces derniers sont confrontés. »

Quelles difficultés pourriez-vous rencontrer dans ce travail d'harmonisation ?

Karine Lalieux : « Je suis d'une nature optimiste. Pour moi, la plus grande pierre d'achoppement reste les impératifs financiers qui pourraient brider des bonnes volontés. Il nous sera donc plus facile d'aboutir sur les aspects qui n'emportent pas d'impacts financiers. A Bruxelles, le refinancement des communes et la réforme du Fonds Spécial de l'Action Sociale par le Gouvernement régional précédent ont apporté un bol d'air aux CPAS... Même si le vrai refinancement structurel doit venir du Fédéral.

Mais ceci ne doit pas nous empêcher d'avancer et de travailler avec l'ensemble des acteurs sur tout ce qui est possible.

Jusqu'à présent, dans bien des domaines, chaque CPAS a développé ses pratiques propres. Certaines sont exemplaires, d'autres sans doute à remettre sur le métier. C'est l'objectif du Groupe de travail d'identifier les premières. Je ne veux pour ma part en rien imposer aux autres le modèle de la Ville de Bruxelles. L'important est de chercher ce qui se fait de mieux auprès de chacun. »

L'étude a identifié une série d'axes de travail auxquels vont maintenant s'attaquer le Groupe de travail Soins de santé ou les instances dirigeantes de la Fédération des CPAS bruxellois. Le premier d'entre eux est la relation avec les acteurs médicaux...

Karine Lalieux : « Jusqu'à présent, chaque CPAS détermine en toute autonomie le type de convention qu'elle passe avec les médecins pour l'aide

médicale. L'idée est d'aboutir à une **convention commune** entre tous les CPAS d'une part et tous les prestataires de soins de l'autre. Cela facilitera la gestion administrative des remboursements et notamment pour les prestataires (qui ne devront plus jongler avec plusieurs sortes de conventions) mais aussi évidemment pour les bénéficiaires qui, lorsqu'ils déménagent doivent actuellement se familiariser avec un autre système et un autre périmètre de couverture par le CPAS.

Nous souhaiterions également instaurer, via la Fédération des CPAS bruxellois, une **plateforme de concertation** régionale avec les prestataires.

Ici, la main relèvera non du Groupe de travail mais plutôt du Bureau et du Comité directeur. »

Une autre piste consiste à concevoir un document d'information à destination tant du grand public que des intervenants de la santé.

Karine Lalieux : « L'édition d'une plaquette d'information, par exemple pour les nouveaux médecins, leur expliquerait les droits des bénéficiaires CPAS mais aussi les modalités administratives.

Les maisons médicales disposent d'un service administratif et sont donc rodées aux dossiers nécessaires pour les CPAS, ce qui n'est pas le cas des médecins indépendants, pour lesquels des documents explicatifs simplifiés peuvent se révéler une aide appréciable. »

Un des grands enjeux est l'automatisation des droits à l'accès aux soins et la carte santé.

Karine Lalieux : « Toutes les études existantes montrent qu'on n'est pas tous égaux face à la santé d'une part et que c'est d'autre part une des premières dépenses qui est repoussée.



Est-ce que le revenu d'intégration doit ouvrir des droits automatisés d'accès aux soins ? La question est posée et doit être clarifiée. On va chercher à travailler avec des critères simples et vérifiables. Derrière notre volonté d'harmonisation se trouve la question de la position du curseur dans l'octroi de droits. On cherche un socle commun, qu'on ne veut pas minimal. Et bien entendu, ce socle commun n'empêchera pas à un CPAS de faire plus.

Actuellement, certains CPAS accordent automatiquement cet accès à leur public, par le biais d'une « carte santé », d'autres soumettent cet octroi à un calcul plus fin basé sur les revenus du demandeur... »

Ensuite, Médicaments D

Karine Lalieux : « Bruxelles est déjà pionnière sur cette idée des médicaments remboursés par les CPAS lorsqu'ils ne le sont pas par l'INAMI.

Mais notre volonté est d'une part d'en généraliser l'application, ce qui a des conséquences budgétaires et d'autre part de réviser le contenu de cette liste avec le secteur médical.

Ici encore, le dossier sera géré, pour les CPAS, par le Bureau et le Comité directeur. »

Tout ce travail n'entame-t-il pas l'autonomie des CPAS ?

Karine Lalieux : « Pas du tout puisque d'une part tout est élaboré par les CPAS eux-mêmes, et d'autre part, on travaille sur une problématique spécifique, celle de la santé. Et enfin, le cadre donne un minimum, mais pas de maximum : jamais ce ne sera limitatif ! Des CPAS peuvent toujours prévoir chez eux des droits différenciés plus élevés, via dossier amené à leur Comité spécial de l'Action sociale.

Mais ce cadre vers lequel on tend va permettre d'objectiver, de clarifier, de rendre plus transparent, plus lisible les régimes de santé, tant pour le citoyen et le bénéficiaire que pour le travailleur social. »

> Plus d'info

Retrouvez l'étude « harmonisation des pratiques et politiques en matière de soins de santé des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale » sur www.brulocalis.brussels

Une synthèse de cette enquête est parue dans la revue CPAS+ du mois de mars 2020.



Enquête sur les pratiques et politiques des CPAS bruxellois en matière de soins de santé : vers une harmonisation ?

Cécile Daron, septembre 2019



LES CPAS REMBOURSENT DES MÉDICAMENTS

Le constat est clair : de trop nombreux Bruxellois ne peuvent payer leurs soins de santé. Si une série de médicaments sont bien remboursés par l'INAMI, certains soins de première nécessité ne bénéficient toujours pas d'une intervention de l'État Fédéral.

Depuis plusieurs années, les 19 CPAS bruxellois ont pris ces coûts à leur charge.

Les médicaments pris en charge par les CPAS sont regroupés dans une « liste de Médicaments D » révisée par la Fédération des CPAS Bruxellois, la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB) et l'Union des Pharmaciens de Bruxelles (UPB/AVB).

Avec une procédure harmonisée entre les 19 communes, la mise en place d'une liste unique est porteuse d'une meilleure accessibilité aux soins pour les patients, et marque une collaboration étroite entre professionnels de la santé et CPAS. Une coordination des acteurs qui témoigne de la bonne gouvernance qui doit prévaloir en matière de santé publique, au bénéfice du citoyen.

Liste consultable sur www.medicamentsd.brussels

LES REVENDICATIONS DES CPAS EN MATIÈRES DE SANTÉ



La Fédération des CPAS bruxellois s'inquiète de longue date des questions de santé. Elle leur a consacré de nombreuses revendications dans ses récents memoranda, tant vers le Fédéral que vers la Région ou les institutions communautaires. Nous reprenons ici la majeure partie des passages consacrés à ces problématiques dans ces memoranda.

Retrouvez les divers memoranda sur www.brulocalis.brussels > « Une tournante » (3^e élément)



MEMORANDUM REGIONAL ET BICOMMUNAUTAIRE DES CENTRES PUBLICS D'ACTION SOCIALE DE LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE

[Bien que les Gouvernements tant Régional que communautaire, se soient entre-temps formés, et aient déterminé leurs priorités dans les accords de gouvernement, et que le Plan Santé bruxellois ait été définitivement adopté à l'été 2019, nombre des revendications portées dans les memoranda restent d'actualité, NDLR].

La précarité des personnes influence sur la santé, et la santé sur la précarité. De nombreuses études montrent effectivement que les personnes ayant moins de ressources, financières, sociales ou liées au niveau socio-économique, ont une moins bonne santé que le reste de la population. A son tour, la mauvaise

santé est facteur de vulnérabilité. A Bruxelles, plus d'un quart de la population déclaraient avoir postposé des soins de santé ou avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières (26,3 %). Comme la FAMGB le précise dans son livre blanc « *Lorsque maladie et pauvreté se mêlent, le cumul de vulnérabilité entraîne une diminution de l'accès à la médecine préventive, une augmentation des problèmes liés aux assuétudes et une détérioration de l'état de santé physique comme mentale* ». Les situations d'inégalité d'accès à la santé sont importantes à Bruxelles, tellement les délais de traitements administratifs des demandes de prises en charge de soins sont importants.

Ces personnes se retournent vers les CPAS en raison de problèmes de santé, qui sont souvent cumulés avec de nombreux facteurs supplémentaires, tels que l'inadaptabilité du logement (insalubrité, surpeuplement), l'isolement social, les facteurs psycho-sociaux, le statut socio-économique et le manque de formations et d'emplois, la combinaison entre vie familiale et professionnelle, etc. Outre les missions de recherche de logement, de soutien à la reprise de travail ou de formations, les CPAS sont un acteur clé pour rendre la santé accessible financièrement, notamment par la remise en ordre de mutuelle, et par le paiement des factures en soins de santé, pour les personnes dont l'indigence a été constatée. Ils ont comme outil l'aide médicale pour les personnes en séjour légal sur le territoire, et l'aide médicale urgente pour les personnes en séjour illégal, ou certains résidents européens (les personnes vivant avec leurs propres ressources, les étudiants et les personnes sans emploi). Ils sont aussi des acteurs de prévention des risques liés à la santé par une information à leurs usagers, et un relais à la première ligne de soins.

Les CPAS ont également établi des conventions avec plusieurs partenaires, tant avec les hôpitaux publics (IRIS) et non-publics, qu'avec des maisons médicales, les médecins généralistes, les pharmacies, des maisons de repos et de soins, etc. Ces conventions servent à relayer les usagers vers de milieux médicaux adaptés à leurs pathologies, et connaissant le fonctionnement interne propre au CPAS. Le choix du médecin par le bénéficiaire de l'aide du CPAS reste toutefois la logique dominante, consacrée par tous les CPAS de la région.

Selon l'article 57 de la loi organique du 7 juillet 1976, les CPAS ont pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive.

Cet aspect préventif s'avère crucial pour les CPAS dans leur lien avec les services de soins de première ligne que sont les médecins généralistes, et le tissu associatif spécialisé dans le recours aux droits des personnes en situation d'indigence. Le recours à la première ligne évite les secours plus tardifs de la seconde ligne, qui se répercutent sur les coûts des CPAS (la deuxième ligne représentant un financement plus important) et peuvent avoir comme incidence une aggravation de la maladie. Cette prévention est un atout majeur à mettre en avant.

1. La « Fonction 0,5 »

La « fonction 0,5 », également appelée dispositifs à « bas seuil » ou encore « ligne 0,5 », est un processus intéressant pour les usagers des CPAS, puisqu'elle permet non seulement le raccord aux services de soins pour les personnes qui en sont les plus éloignées, mais aussi le recours aux droits de base, par un suivi social adapté, en les réinsérant dans le circuit traditionnel. La fonction 0,5 est reprise dans le Plan de santé bruxellois élaboré par la COCOM, avec mise en avant des CPAS comme facilitateurs de sa mise en place, mais les principes décrits par le Plan ne sont pas suffisamment clairs et précis pour une réelle avancée des pratiques.

NOUS DEMANDONS : Que la COCOM, via le Plan santé bruxellois, mette en place rapidement un agenda à suivre, avec des dates pivots liées à des objectifs clairs pour avancer au mieux, concernant la « fonction 0,5 ».

Qu'un réseau de soins à bas seuil soit vite mis en place, avec le concours de tous les acteurs dont les CPAS, et qu'il soit le plus visible possible pour le public concerné (sans-abris, personnes en séjour illégal, toxicomanes...).

2. Première ligne de soins

Depuis la 6^e réforme de l'Etat, les Régions sont compétentes pour tout ce qui a trait à la première ligne de soins. Les CPAS travaillent constamment avec la première ligne de soins, notamment avec les maisons médicales, et les médecins généralistes. Cela demande une coordination importante, un rassemblement des acteurs autour de projets proches du citoyen et participatifs, pour une continuité des soins. Il arrive souvent que les personnes en situation d'indigence aient des soins fragmentés, en raison du chemin administratif à parcourir, ou par manque de confiance au système de santé (oser passer la porte du CPAS lorsque l'on est en séjour illégal, oser aller chez le dentiste alors que l'on ne saura pas payer la facture, etc.). Enfin, la première ligne de soins permet le non-recours à la deuxième ligne, et donc fait faire des économies à tout le système de soins de santé.

NOUS DEMANDONS DE : Mettre à disposition du public une cartographie claire des possibilités de recours à la première ligne. Rendre plus visible et claire la première ligne pour les patients, usagers des CPAS.

Organiser la première ligne en planifiant par quartiers les besoins en acteurs de première ligne, le manque de structures, et appuyer les projets de coopération entre les CPAS et les prestataires de soins ;

Renforcer les missions et le financement des acteurs associatifs actifs dans la première ligne, tels que la FAMGB et Médecins Du Monde, et la Croix rouge, etc. et instaurer des instances de prévention avec comme membres les CPAS.

Axer les priorités sur la prévention au public des comportements à risques (tabac, alcool, MST, problèmes cardiovasculaires, etc.) et mettre à disposition des outils de prévention pour les usagers des CPAS (folders d'informations, etc.)

Renforcer les collaborations et les synergies entre les acteurs de première ligne (CPAS, médecins généralistes, ONE, etc.)

Renforcer les liens entre entités fédérées pour des politiques de prévention conjointes.

Renforcer la création de maisons médicales agréées par un financement adéquat et faciliter les agréments ou accords de coopération entre CPAS et maisons médicales sur tout le territoire bruxellois.

Ce sont tant la perte de confiance en les institutions dont les CPAS, que les facteurs financiers et culturels qui éloignent nos publics des soins de première ligne. Ceci peut se résoudre en accentuant la mobilité des équipes autour du patient, mais aussi en reconnaissant pleinement la fonction d'accompagnateur psycho-social tel que décrite par le SMES-B¹ (et l'Observatoire de la Santé et du Social), qui aurait pour tâche d'accompagner le patient au CPAS, afin que sa demande soit prise en compte, et d'autant plus rapidement. Ceci serait bénéfique pour le bénéficiaire pour qu'il puisse se raccorder à ses droits. Véritable système d'enrayement du phénomène de « non-take-up », la fonction d'accompagnateur psycho-social doit être soutenue par la COCOM et la Région.

NOUS DEMANDONS QUE : un financement adéquat pour la mise en place d'une coupole d'accompagnateurs psycho-sociaux, travaillant en parallèle avec les services de première ligne des CPAS.

Les CPAS sont souvent confrontés à des problèmes de santé mentale de leurs usagers, et doivent composer avec, sans véritable relais auprès des professionnels du secteur, ce qui est également révéle dans le Plan santé bruxellois par une nécessité de financer plus amplement ce secteur et de le mettre en évidence. Cependant, le plan ne prévoit pas de

1. Recherche Action « Réseau d'Accompagnateurs psycho-sociaux – RAPS », rapport de recherche 14 décembre 2012 : <http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/raps-version-definitive-fr.pdf>

communication accrue ou de soutien plus ample entre les services de santé mentale et les CPAS.

NOUS DEMANDONS QUE : une coopération accrue soit établie entre les centres de santé mentale et les CPAS, aidée par la cartographie des relais vers lesquels les CPAS peuvent renvoyer leurs usagers déjà opérationnelle, et d'un financement adéquat pour poursuivre cet objectif.

3. Coordinations sociales

Un autre outil qui est utilisé par les CPAS sont les coordinations sociales. Actuellement, un manque de moyen est décrit par les CPAS pour la mise en œuvre de celles-ci, surtout sur le volet santé. Dans le Plan Santé, il manque un agenda clair sur la façon d'améliorer ces processus. La coordination des soins n'est pas le métier des CPAS. Par contre, la coordination des partenariats est bien dans ses compétences. Les coordinations sociales sont un outil utile à l'activation des droits d'accès à la santé pour les publics démunis et défavorisés.

NOUS DEMANDONS QUE : le Plan santé fasse état de l'existence de ces coordinations sociales santé (CPAS) mais, surtout, planifie un budget supplémentaire pour qu'elles soient mise en œuvre sur les axes santé-soins-première ligne plus amplement par les CPAS.

4. Les hôpitaux

Le Plan santé Bruxellois ne fait pas ressortir le lien indissociable entre les hôpitaux publics et les CPAS. Il est pourtant utile de rappeler que des partenariats existent entre ces deux acteurs publics, et qu'il faut les rendre pérennes. En outre, les hôpitaux privés se montrent parfois proactifs pour accueillir le public des CPAS, mais la facturation fait souvent état de montant exorbitant pour ces derniers, les spécialistes étant hors tarif INAMI ou les suppléments d'honoraires étant demandé alourdissent fortement les factures.

NOUS DEMANDONS QUE : les travaux de partenariats entre les CPAS et les hôpitaux publics IRIS se poursuivent et soient soutenus politiquement et financièrement par la Région, la COCOM et les communes.

les partenariats avec les hôpitaux privés, lorsqu'ils sont possibles, peuvent être mis en place, mais seulement avec des spécialistes travaillant au tarif INAMI et selon autres conditions de juste coopération entre les parties, ceci pour permettre un égal accès aux soins, pour tout un chacun à un prix abordable et équitable et, à ce titre, une convention commune entre hôpitaux publics et hôpitaux privés devrait être réalisée ;

la COCOM finance un travail d'analyse permettant de lister les suppléments, indispensables aux soins et différents des suppléments d'honoraire, demandés par les hôpitaux, qui

seraient pris en charge sur fonds propres par les CPAS. En effet, une telle liste pourrait permettre de rendre plus clair pour les hôpitaux comme pour les CPAS de ce qui est pris en charge ou non, et éviter des arriérés de factures, ou des refus de factures futurs.

5. Harmonisation des pratiques et politiques en matière de santé des 19 CPAS

La COCOM a financé une étude sur les pratiques et politiques en matière de soins de santé des 19 CPAS Bruxellois. Celle-ci, en cours de route, doit servir à mettre en lumière les possibilités d'harmonisation au sein des CPAS, des procédures à suivre par les usagers. Par exemple, un premier point serait de proposer un certificat d'aide médicale urgente uniforme pour tous les CPAS, ce qui faciliterait le travail tant des Assistant Sociaux des CPAS, que des prestataires de soins (privés ou associatifs) que de l'usager (pour qu'il n'y ait plus d'aller-retour d'un CPAS à l'autre).

NOUS DEMANDONS QUE : un financement pérenne annuel soit octroyé à la Fédération des CPAS Bruxellois afin de poursuivre sa mission de simplification administrative, par un nivellement vers le haut par une harmonisation des pratiques et politiques des CPAS, devant servir à alléger les procédures tout en maintenant un niveau de qualité des soins et du financement de ceux-ci, pour les usagers.

6. Les médicaments D

La Fédération des CPAS Bruxellois a mis à jour une liste de médicaments D prescrits en ambulatoire qui sont immédiatement pris en charges sur fonds propres par les CPAS pour leurs usagers. En effet, ces médicaments ne bénéficient pas d'un remboursement par l'INAMI. Cette bonne pratique a été soutenue par la COCOM qui a financé la mise en place du site internet à mettre à jour pour les soins délivrés en ambulatoire (www.medicamentsd.brussels). Cependant, la liste en milieu hospitalier date encore de 2012 et devrait également être mise à jour, moyennant un financement pour ce faire.

NOUS DEMANDONS QUE : un financement soit octroyé par la COCOM pour mettre à jour la liste de médicaments D prescrits dans le milieu hospitalier et pris en charges sur fonds propres par les CPAS (mise à jour du site internet www.medicamentsd.brussels pour le volet hospitalier), et pour pouvoir faire la promotion de celle-ci.

7. Iriscare

Plusieurs missions ont été transférées à la COCOM suite à la 6^e réforme de l'Etat. A Bruxelles, c'est l'OIP Iriscare qui a vu le jour, responsable des allocations familiales et du volet santé (maisons de repos et de soins, notamment). Cet OIP est encore à ses prémises, mais a déjà été ébranlé dès son départ par la

décision du Collège réuni de la COCOM de limiter les budgets à des enveloppes fermées, alors qu'il s'agit de droits constatés (accès à l'APA, aux allocations familiales, etc.), ce que nous dénonçons, comme un recul en arrière. L'impact sur les CPAS est double si les budgets ne s'avéraient pas suffisants. D'une part, cela engendrera une charge administrative accrue, tant que l'ouverture du droit ne sera pas suivie d'une perception du droit, puisque le CPAS devra ouvrir plusieurs fois le dossier pour le bénéficiaire.

D'autre part, le CPAS devra motiver sa demande à Iriscare pour un remboursement des frais qu'il aura avancé au bénéficiaire (subrogation légale pour récupérer les frais), alors que ce sont des allocations auxquelles celui-ci a droit.

NOUS DEMANDONS QUE : les budgets soient non-limitatifs pour tout engagement budgétaire au sein des missions d'Iriscare.

MEMORANDUM FEDERAL 2019 DES CPAS

NOTE TECHNIQUE

[Les revendications en matières de santé sont réparties entre trois chapitres : la pauvreté, l'aide sociale et les réductions des barrières d'accès, NDLR]

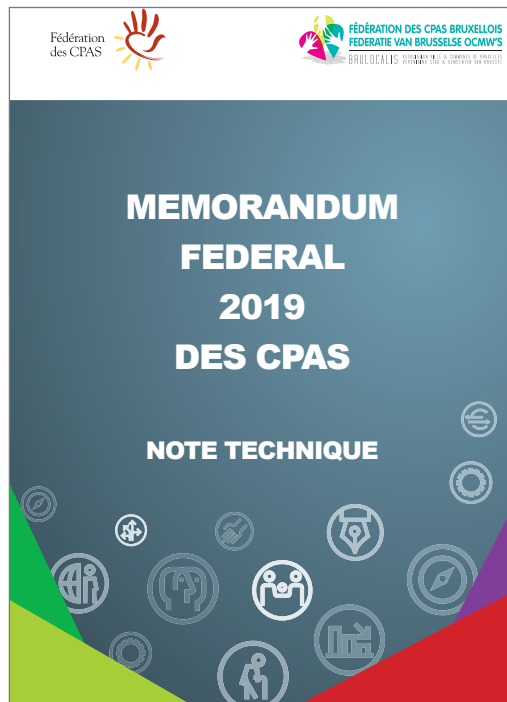
1. La pauvreté : Finalisation et amélioration de MediPrima

L'accès à la santé reste un des enjeux inévitables qui secoue l'entièreté des CPAS. En effet, une personne ayant des problèmes de santé est plus susceptible de tomber dans la précarité, et vice-versa. L'accès à la santé est donc un domaine indéniablement lié à la dignité humaine des personnes et les CPAS ont un rôle primordial à jouer dans celui-ci.

MediPrima est le système informatisé permettant de faciliter la gestion des décisions de prise en charge des soins de santé par le CPAS et d'automatiser le remboursement des frais médicaux. À l'heure actuelle, seule la phase 1 du projet a été concrétisée : seules les factures émanant des établissements de soins pour les personnes non assurées et non assurables sont concernées.

La phase 2 est en cours d'extension et la phase 3 en cours d'analyse. Ces deux phases sont importantes car elles permettront d'étendre le système à tous les usagers du CPAS pouvant bénéficier d'une aide médicale ainsi qu'à tous les prestataires de soins (pharmaciens, dentistes, spécialistes, paramédicaux).

La gestion administrative du système est encore lourde pour les CPAS. La communication entre les différents acteurs du projet (CPAS, hôpitaux, prestataires de soins, SPP IS, CAAMI, firmes informatiques...) est complexe et constitue un enjeu majeur pour son bon fonctionnement. De plus, la



coexistence de deux systèmes, l'un pour les personnes assurées hospitalisées, l'autre pour les personnes non-assurées et non-assurables hospitalisées, est administrativement lourde pour les CPAS, qui doivent jongler avec MediPrima et les formulaires du SPP IS pour tel ou tel public. La concrétisation de l'ensemble des phases du projet permettra sans doute une fluidification de sa gestion administrative.

Cela fait plus de 5 ans que MediPrima a débuté et le gouvernement précédent s'était engagé à clôturer au cours de sa mandature toutes les phases. Il est temps de transformer l'essai et faire basculer tout le monde dans MediPrima et pour toutes les prestations.

Le délai de forclusion pour MediPrima et pour donner avis de l'octroi des secours, actuellement de 45 jours, doit être rehaussé. Il laisse peu de temps au CPAS pour faire son enquête sociale en bonne et due forme. Les CPAS demandent à ce qu'il soit rehaussé à 60 jours pour permettre aux CPAS de prendre en charge des frais passés, tout en faisant leur enquête sociale à temps (dans l'art. 9, § 1 et à l'art. 9ter § 2 de la loi de 1965). En outre, le moment où ce délai est pris en compte doit débiter au moment où le CPAS est informé de la demande d'aide (actuellement au moment où la prestation débute ou a lieu). L'extension du délai à 60 jours a été votée mais n'a pas encore été publiée pour MediPrima. Pour ce qui concerne celui pour l'avis de l'octroi des secours, le processus de modification de la loi n'a pas encore été entamé.

LES CPAS DEMANDENT : la concrétisation, avec une solide préparation en amont (phase test, projets pilotes...), des phases ultérieures de MediPrima ;

le renforcement de la communication et la transmission d'informations vers l'ensemble des acteurs du projet ;

de publier l'augmentation du délai de forclusion à 60 jours pour MediPrima (art. 9ter, § 2 de la loi de 1965) ;

d'augmenter le délai de forclusion à 60 jours pour les avis de l'octroi des secours (art. 9, § 1 de la loi de 1965) ;

de démarrer le délai de forclusion de 60 jours au moment où le CPAS a pu prendre connaissance de la demande d'aide.

2. L'aide sociale : Frais médicaux et pharmaceutiques

En ce qui concerne l'aide médicale octroyée par les CPAS, force est de constater qu'aucune compensation financière n'est prévue pour les CPAS bien qu'ils exercent une mission pour compte de l'Etat fédéral de telle sorte que la Belgique respecte la Convention des Droits de l'Homme et que chaque personne, peu importe ses origines et ses moyens, présente sur le territoire du Royaume puisse avoir accès aux soins conformément à la Constitution et au socle européen des droits sociaux proclamé le 17 novembre 2017 par le Parlement européen, le Conseil et la Commission. L'octroi de cette aide est même fondamental pour des raisons de santé publique. Le nombre de dossiers avec des demandes d'intervention financière dans les frais médicaux et pharmaceutiques reste important et touche beaucoup de famille. Obligés de donner suite à chaque demande, les CPAS doivent réaliser un travail non négligeable pour identifier si ces personnes sont dans les conditions légales pour obtenir l'aide. Il est légitime que le travail réalisé par les CPAS pour le compte de l'Etat fédéral soit financé par l'Etat fédéral.

LES CPAS DEMANDENT : la création d'un subside fédéral pour les CPAS, via un système comparable à celui qui existe à l'article 40 de la loi DIS, couvrant la charge de travail imputable aux CPAS en matière de traitement des demandes d'intervention dans les frais médicaux et pharmaceutiques à charge de l'Etat fédéral.

Sachant que les CPAS ont une obligation de mettre tout en œuvre pour mettre en ordre de mutuelle leurs usagers, un problème d'équité survient quand on aborde le remboursement aux CPAS des frais en matière de cotisations par l'Etat fédéral.

Pour les indigents qui ne possèdent pas la nationalité belge et qui ne sont pas inscrits au registre de la population, l'Etat intervient dans les frais d'affiliation et de cotisations versées à un organisme assureur dans le cadre de l'assurance soins de santé et

indemnités ainsi que dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Pour les autres bénéficiaires, dont ceux du RIS, l'Etat fédéral ne rembourse pas les frais liés au paiement des cotisations ni pour l'assurance obligatoire, ni pour l'assurance complémentaire, de même que pour les frais de régularisation ou encore les compléments de cotisations, surtout pour les (ex-)indépendants avec des arriérés de plus de 2 ans.

Les mutuelles peuvent prévoir statutairement une dispense totale de cotisations pour l'assurance complémentaire en faveur de certaines catégories de personnes parmi lesquelles les bénéficiaires du revenu d'intégration ou d'une aide équivalente à ce revenu. Mais cela reste de la discrétion des mutuelles.

LES CPAS DEMANDENT : pour des raisons d'équité, d'introduire pour tous les bénéficiaires tant en aide sociale qu'en DIS un remboursement par l'Etat des tous les frais d'affiliation et de cotisations.

La modification des articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS a été adoptée en absence de son arrêté d'exécution ainsi que de la modification de l'arrêté royal réglant l'aide médicale urgente pour en évaluer toute sa portée. En l'absence de cette clarification, cette modification a généré beaucoup de réactions sur le terrain, dont les CPAS, craignant que l'insécurité juridique pour les médecins généralistes et spécialistes produite par la sanction potentielle prononcée par un seul médecin-contrôleur induise une réticence, voire un refus, de leur part à soigner un public fragilisé. Une telle situation génèrera un éloignement des personnes les plus précaires du monde de la santé, avec des risques de santé publique en corollaire, et un stress supplémentaire pour les pouvoirs locaux car ces personnes ne se feront pas soignées, malgré l'aide octroyée. La première version des arrêtés relatifs à l'aide médicale urgente et aux modalités de contrôle exercé par la CAAMI doit encore être soumise à concertation.

LES CPAS DEMANDENT : le maintien de la définition actuelle de l'aide médicale urgente prévue à l'article 1er de l'arrêté royal du 12 décembre 1996 ;

la concertation avec leurs Fédérations sur le contenu de l'arrêté CAAMI ainsi que de la modification de l'arrêté relatif à l'AMU prévus dans le cadre de la modification des articles 2 et 9ter de la loi du 2 avril 1965 ;

la mise en place d'un collège de médecins dans le processus de contrôle qui devra être réglé par un arrêté exécutant le nouvel article 9ter, § 5 de la loi du 2 avril 1965.

Dans le cadre de leur dématérialisation, les attestations d'aide médicale urgente électroniques doivent pouvoir être délivrées pour plus d'une prestation par les CPAS et non pour une période plus courte, comme cela a été laissé entendre durant les mois

passés. En effet, dans un souci de bonne gestion et de moindre lourdeur administrative, ces attestations doivent couvrir des périodes comprenant plusieurs prestations, sans quoi tant les prestataires de soins (médecins généralistes, spécialistes) que les CPAS ne pourront suivre la demande. La lourdeur administrative est mise en avant comme enjeu important. C'est aussi une question de suivi médical du patient, qui devrait se représenter au CPAS pour chaque prestation, ce qui constitue une barrière à l'accès aux soins de santé indéniable.

Les CPAS demandent que les attestations AMU électroniques puissent couvrir plusieurs prestations sur une période plus ou moins longue, comme c'est actuellement le cas.

3. Réductions des barrières d'accès [santé]

Les personnes qui bénéficient d'un revenu peu élevé vivent jusque 20 ans de moins en bonne santé. Souvent, des frais médicaux qui sont en constante augmentation ne leur sont plus accessibles. Des traitements nécessaires sont parfois reportés parce que les coûts sont trop élevés. C'est pourquoi, il est impératif que les soins de santé soient plus accessibles financièrement.

Une série d'obstacles d'ordre financier, administratif et d'insécurité juridique limitent malheureusement l'accès aux soins de trop de personnes sur le territoire belge. Cette situation d'iniquité a des effets néfastes sur la santé des personnes et négatifs sur les budgets tant de ces personnes que des CPAS.

3.1. Réduction des obstacles financiers

Force est de constater que les ménages postposent encore trop souvent la visite chez un médecin pour des raisons financières et la proportion est plus importante au sein des familles à faibles revenus.

Du fait qu'une institution intervient directement dans les frais - ou une partie, le système de tiers payant permet de lever les écueils financiers pour des groupes cibles en évitant donc que ceux-ci ne doivent avancer les frais médicaux de leur propre poche.

Le tiers payant social est devenu obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2015. Cette obligation ne touche que ceux qui ont droit à l'intervention majorée et/ou qui ont le statut de malade chronique.

LES CPAS DEMANDENT : de s'assurer que ces droits restent des minima acquis et d'étendre le tiers payant social à toutes les personnes en situation de précarité socioéconomique (si elles ne sont pas encore bénéficiaires de l'intervention majorée) pour toutes les prestations de soins de première et de deuxième ligne.

Plus spécifiquement, une intervention pour les soins psychologiques de première ligne est dorénavant prévue. Huit consultations, maximum, avec un psychologue ou orthopédiste clinicien reconnu sont

remboursables. Il est réservé aux adultes de 18 à 64 ans.

La population des jeunes et aînés ne bénéficie donc pas de cette disposition. Or, des soins psychologiques sont nécessaires à des personnes atteintes de dépression ou d'une affection type Alzheimer. Rappelons que parmi les 80 ans et plus que, le taux de suicide est le plus élevé.

LES CPAS DEMANDENT : un élargissement du remboursement des soins psychologiques de première ligne à toutes les catégories de la population.

Si les patients pouvaient mieux savoir à l'avance combien ils doivent déboursier pour les soins médicaux dont ils ont besoin et être informés des possibilités de remboursement de ces coûts et des dettes éventuelles qu'ils occasionnent, ils pourraient avoir un meilleur accès aux soins de santé et mieux faire valoir leur droit aux soins.

LES CPAS DEMANDENT : de garantir le droit du patient à une information précise, claire et compréhensible sur le coût réel des soins médicaux (montrant clairement ce que le patient doit payer et ce qui est à la charge de l'assurance maladie) préalablement à l'exécution de la prestation et limiter le paiement de toutes sortes de suppléments liés au matériel médical, aux médicaments et aux honoraires.

L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre entre autres le remboursement des prestations médicales (médicaments et consultations) qui sont définis dans la nomenclature. Les soins de santé qui ne figurent pas dans celle-ci sont entièrement à charge du patient. Ainsi, les prestations des psychologues et des psychothérapeutes ne sont pas encore remboursées pour certaines catégories de la population, de même que certains implants et prothèses. Des considérations financières rationnelles les poussent donc souvent à décider de ne pas recourir à des soins médicaux ou paramédicaux. Dans les autres cas, les montants à charge du patient sont tellement élevés que les CPAS doivent intervenir sur fonds propres dans les frais.

LES CPAS DEMANDENT : de déterminer avec les différents acteurs des sociétés civile et médicale les nouvelles prestations à reprendre dans l'assurance obligatoire.

Un constat peut être posé sur les services offerts dans l'assurance complémentaire : une série de services qui ont trait à la maladie semblent constituer une base commune entre les mutuelles dans la mesure où toutes en organisent (ex. les frais d'orthodontie, frais de vaccination, frais de consultations diététiques pour les personnes souffrant d'obésité, frais de transport à l'hôpital pour traitement de cancer, etc.). Il est anormal que certaines prestations fondamentales soient tellement faiblement remboursées par l'AMI qu'une personne moins avertie - l'accès à une information objective constitue un enjeu

et ne constitue par l'apanage du public des CPAS - doit supporter à ses frais des charges plus importantes, voire le CPAS interviendra sur fonds propres si les montants sont trop élevés.

LES CPAS DEMANDENT : d'augmenter l'intervention de l'AMI dans les prestations faisant l'objet d'un consensus collectif au regard des services offerts par les différentes mutuelles dans le cadre de leur assurance complémentaire.


3.2. Réduction des obstacles administratifs

La procédure de mise en ordre de mutuelle et de régularisation est très complexe du point de vue administratif ou implique un stage d'attente de six mois durant lequel la personne n'est pas couverte par l'assurance. Les mutualités locales ne suivent pas toujours la même procédure pour remettre quelqu'un en règle de cotisation, avec des risques de conséquences importantes sur le droit à la protection de la santé.

LES CPAS DEMANDENT : de simplifier la procédure de régularisation et de réinscription auprès de l'organisme assureur et en harmoniser son application.

Par ailleurs, dans les cas de prolongation et d'inscription, les mutuelles demandent un relevé des revenus de respectivement l'affilié ou demandeur d'une année antérieure pour déterminer le montant des bons de cotisation. Les bénéficiaires des CPAS ne sont pas toujours à même de fournir les données attendues ou encore de comprendre ce qui est attendu, voire de comprendre l'importance de donner suite à cette demande, pouvant produire des ruptures dans l'accès à la santé ou à la couverture. Comme les CPAS font un calcul sur les ressources conformément à la circulaire pour déterminer l'état d'indigence de la personne au moment de la demande avant de prendre une décision d'octroi du revenu d'intégration (RI) ou de son équivalent (ERI), il faudrait pouvoir trouver les moyens de l'affilier ou de la maintenir affiliée le temps de la détermination du montant des bons de cotisations. Dans le cas d'une prise en charge de tous les frais de cotisation par l'Etat fédéral, le risque de non-paiement de la cotisation n'existe plus.

Pour terminer, les CPAS ne savent pas si les démarches d'inscription ont été entamées par la personne ou si la personne a reçu une demande d'information de la part de la mutuelle pour une prolongation. Ces situations produisent une insécurité juridique et des ruptures de prise en charge nécessitant un important travail social et administratif.

LES CPAS DEMANDENT : une communication des mutuelles vers les CPAS par voie électronique en cas d'une demande d'information administrative envoyée à leurs bénéficiaires ou d'entame des démarches d'inscription par leurs bénéficiaires auprès des mutuelles ; de permettre l'inscription et la prolongation momentanée de manière automatique des bénéficiaires du revenu d'intégration ou de son équivalent considérant que les frais de cotisation pour ces bénéficiaires seraient totalement pris en charge l'Etat fédéral. 

> Médecins du Monde

6 RECOMMANDATIONS URGENTES AUX AUTORITÉS FÉDÉRALES POUR LUTTER CONTRE LE FOSSÉ GRANDISSANT EN MATIÈRE DE SOINS

Les inégalités croissantes dans l'accès aux soins et le report des soins sont des réalités dans notre pays. Qu'est-ce que peut – et doit- être fait ? [En lien avec le livre blanc pour un système de soins plus inclusif](#). Médecins du Monde et Netwerk tegen Armoede demandent au prochain gouvernement fédéral de prendre en compte les **6 recommandations suivantes**

1. Généralisation du tiers payant qui implique que le patient ne paie que le ticket modérateur

Les personnes ayant droit à un remboursement plus élevé peuvent compter sur le tiers payant, ce qui signifie qu'ils ne paient que le ticket modérateur lors de la visite chez le médecin. Pourtant : des centaines de milliers de Belges qui se trouvent juste sous le niveau de revenu pris en compte, qui sont endettés,... se trouvent exclus de cette mesure. De plus, de nombreux prestataires de soins n'appliquent pas la mesure....

2. Diminution de l'intervention personnelle chez le dentiste et plafonnement des tarifs, aussi bien chez le dentiste que chez les spécialistes et les kinésithérapeutes.

Chez les dentistes non-conventionnés (qui fixent leur propres tarifs), l'intervention des patients peut être très importante. Un traitement d'orthodontie peut par exemple coûter **1.500 euros**. D'autres interventions courantes sont trop peu remboursées par les mutuelles. Chez le parodontologue (qui s'occupe de prévention, diagnostic et traitement des maladies des tissus de support et de soutien de la dent), le patient paie environ 141 euros dont seuls 20 euros sont remboursés. Mais une visite chez le dentiste peut aussi coûter très cher car nombreux sont ceux qui pratiquent leurs propres tarifs. « Seuls **6 dentistes sur 10 sont conventionnés** aujourd'hui. Les autres demandent donc ce qu'ils veulent. Une étude des Mutualités socialistes a montré qu'une consultation chez un dentiste non-conventionné peut coûter deux fois plus cher. Des mesures sont nécessaires pour diminuer l'intervention personnelle et pour limiter les possibilités de tarifs libres. Non seulement chez les dentistes, mais aussi chez d'autres spécialistes.

3. Investissement dans les maisons médicales

Les investissements dans les maisons médicales multidisciplinaires sont **insuffisants**. Ces centres de santé perçoivent mensuellement des forfaits par patients, celui-ci ne paie donc pas sa consultation. Des études montrent que ce modèle est plus efficace et garantit des soins de meilleure qualité pour un prix comparable aux consultations payées à la prestation. En ce qui concerne les soins préventifs, le suivi des patients souffrant de maladies chroniques et le comportement prescripteur, les maisons médicales sont plus performantes que la médecine payée à la prestation. On investit pourtant trop peu dans la création de nouvelles maisons médicales, surtout en Flandre où leur nombre reste très faible.

4. Faire de la santé mentale une priorité dans le budget de la santé, et faire en sorte que ce soit profitable aux revenus les plus faibles

Les personnes vivant dans la précarité rencontrent des problèmes de santé mentale **plus souvent** que la moyenne des gens. Ils ont pourtant difficilement accès à ces soins. Des investissements urgents doivent être réalisés pour des soins de santé mentale accessibles qui peuvent être dispensés en première ligne et que les maisons médicales peuvent rendre accessibles, sans barrière financière. A noter que l'ensemble de la population rencontre de plus en plus souvent des problèmes de santé mentale.

La mesure récente de remboursement de consultations psychologiques est trop limitée car elle **exclut les jeunes et les personnes de plus de 65 ans**. Nous questionnons également la possibilité d'un accès direct et illimité, sans référencement, et la possibilité d'appliquer des tarifs libres.


5. Investir dans la prévention et la promotion de la santé non-stigmatisante pour les personnes vivant dans la précarité.

On reproche souvent aux personnes vivant dans la précarité d'être en moins bonne santé que les autres. « *Elles fument plus, mangent trop peu de fruits, vont aux urgences au lieu d'aller à une consultation médicale...* » L'inégalité d'accès aux soins est injustement attribuée

à un 'style de vie'. La première recommandation est l'arrêt de cette stigmatisation des personnes en situation de précarité. La santé est d'abord un problème structurel et demande donc des réponses structurelles. Les personnes obligées de (sur)vivre au jour le jour n'ont pas la possibilité de s'occuper de leur santé sur le long terme. La manière de faire de la promotion de la santé et de la prévention ne tient pas assez compte de cette réalité, culpabilise les personnes en situation de précarité, implique et sensibilise trop peu les prestataires de soins.

Une des priorités doit consister à investir dans la prévention et la promotion de la santé chez les **femmes vivant dans la précarité dès le début de leur grossesse**. Les recherches montrent que lorsqu'on soutient ces femmes à partir de la conception, les chances d'amélioration de la qualité de vie de l'enfant à naître augmentent. Un bon exemple est l'obésité : lorsqu'elle est évitée dès les premières années de vie, grâce au soutien d'une personne de confiance dans les choix à faire au quotidien, les chances de l'éviter tout au long de la vie de l'enfant sont importantes.

6. Investir dans des mesures qui favorisent la réinsertion des personnes vulnérables dans le système des soins de santé.

Les personnes les plus précaires et fragiles en Belgique – sans-abri, travailleur.euse.s du sexe, usagers de drogue, primo-arrivants, personnes vivant dans une extrême précarité – n'ont souvent (plus) aucun lien avec le système de soins de santé classique. Il est dès lors très important que les initiatives cherchent d'abord à les **réintroduire dans le système social, (para)médical et psychologique, dans leur propre environnement**. Les médibus de Médecins du Monde qui se déplacent sur les lieux de vie de ces groupes de personnes, dans la rue, les métros ou dans les squats, en sont un exemple concret. De telles initiatives privilégiant l'accessibilité, visent une première reconnexion avec le système de soins et à long terme, une réintégration dans ce système. 

Retrouvez ce texte sur <https://medecinsdumonde.be/>

> Isabelle LEROY, Communication auprès de la BCSS

STATUTS SOCIAUX HARMONISÉS (SSH) – DROITS COMPLÉMENTAIRES – MYBENEFITS

Contexte

Automatiser dès que possible l'attribution des droits complémentaires liés au statut social ou à une situation financière est la solution idéale pour lutter contre la pauvreté. Pour cela, toutes les Sources Authentiques (SA) qui ont les informations nécessaires à l'attribution d'un droit complémentaire doivent être consultables via le réseau de la BCSS. Les institutions qui octroient des droits complémentaires (Instances d'Octroi - IO), elles, doivent se connecter au réseau pour accéder aux données et vérifier si leurs critères d'attribution sont rencontrés. Plusieurs options sont disponibles.

Pour traiter de gros volumes, une base de données des statuts sociaux harmonisés, appelée DB Tampon SSH, permet que les statuts sociaux et les informations les plus souvent utilisés dans le cadre de l'attribution d'un droit complémentaire soient en permanence disponibles et facilement combinables pour répondre sans trop d'effort aux besoins des IO.

Pour répondre à une demande ponctuelle, par exemple quand un citoyen se présente à un guichet, la BCSS permet à une IO d'appeler en temps réels (online) des services grâce auxquels elle vérifie les informations avant d'attribuer un avantage.

Pour diverses raisons, ces solutions ne s'appliquent pas à toutes les situations et toutes les IO ne sont pas en mesure de se connecter au réseau de la sécurité sociale. Face à ce constat, la BCSS a développé l'application MyBenefits.

MyBenefits constitue une offre de plus par rapport aux outils existants qui visent une simplification et une automatisation maximales de l'octroi de droits complémentaires. Dans les faits il s'agit de 2 applications parallèles, l'une pour les citoyens et l'autre pour les IO.

L'appli MyBenefits est faite pour qui ?

En Belgique, près de 2 millions de citoyens ont au moins un statut social (du fait de revenus limités, d'un handicap, d'une perte d'autonomie, etc.) qui peut être prouvé par l'appli. Le nombre de bénéficiaires potentiels est donc conséquent. Par ailleurs, plusieurs milliers d'Instances d'Octroi accordent des droits complémentaires sur base des statuts sociaux. L'appli MyBenefits est destinée,

parmi les IO, plus spécifiquement aux entreprises d'utilité publique, aux acteurs des secteurs de la culture, du sport et des loisirs, du tourisme, aux communes, etc.

Ce que MyBenefits permet

L'application permet au citoyen de visualiser ses statuts sociaux et d'en apporter la preuve. Il dispose là d'un outil auquel il ne dépend plus d'une administration pour obtenir une attestation car c'est désormais lui qui génère sa propre attestation, sous la forme d'un code.

Plus précisément, le citoyen

- génère lui-même la preuve de son statut social sous forme d'un code QR et d'un code numérique unique de 12 positions
- si il dispose de plusieurs statuts sociaux, décide pour lequel il souhaite générer la preuve
- présente le code de son choix à une IO

De leur côté, les IO ont à leur disposition une solution simple pour connaître et vérifier de façon certaine le statut social et les informations dont elles ont besoin pour accorder leurs droits. Il leur suffit d'accéder à l'app MyBenefits et de lire un code.

Plus précisément, l'IO

- accède au contenu du code rapidement :
 - soit via une lecture du QR code via smartphone ou tablette ;
 - soit en introduisant le code numérique de 12 chiffres directement via le site web ;



- vérifie de manière sécurisée la validité d'une attestation.

MyBenefits est un outil efficace dans la lutte contre le non-recours à des droits, souvent par les personnes socialement défavorisées. Elle permet aussi de réduire les formalités administratives, pour le citoyen et pour l'instance qui octroie le droit.

Données mises à disposition

Les données disponibles ont toutes un caractère personnel ce qui nécessite une identification et une authentification forte dans le chef du citoyen avant de pouvoir accéder à ses propres données (accès via eID, ITsme, TOTP, Token).

Les informations liées aux statuts sociaux sont des données sensibles. C'est la raison pour laquelle une IO (utilisateur professionnel) n'accède pas à des données personnelles mais bien au strict minimum, sous la forme d'un set de données limitées et « anonymes » qui lui offrent une possibilité de contrôle des données présentées avant d'accorder un avantage.

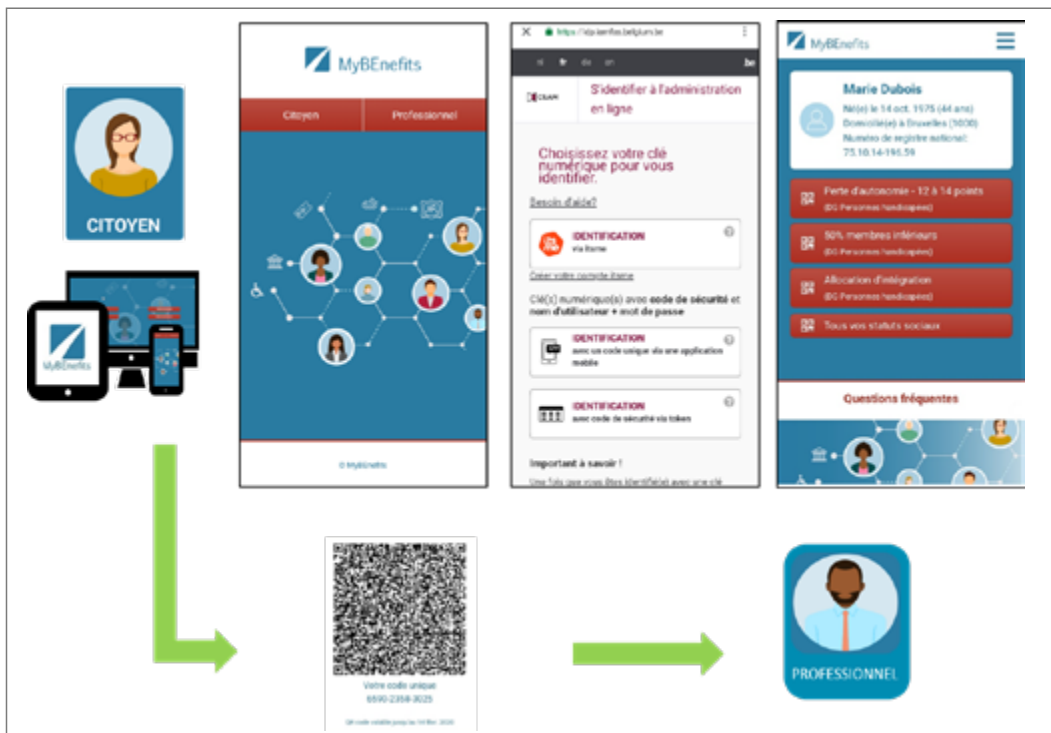
Ce choix permet que l'utilisateur professionnel ne doive pas s'identifier/s'authentifier et lève ainsi un frein à l'utilisation de l'application.

Par exemple, pour vérifier l'identité de la personne, l'utilisateur professionnel voit uniquement les trois derniers chiffres (dont l'année de naissance) du numéro de registre national. Cela est suffisant pour lui permettre d'effectuer un contrôle, si il l'estime nécessaire, en demandant la carte eID de la personne qui se présente devant lui. Il visualise également le code postal du domicile de la personne, cette donnée entre dans certains cas en compte pour octroyer une réduction comme par exemple lors de la fréquentation d'une piscine communale.

Accéder et utiliser l'application

- L'appli est accessible gratuitement pour Android en téléchargement depuis Google Play.
- Elle est également accessible via le web sur le site www.mybenefits.fgov.be.

Sur le [site de la BCSS](http://site.de.la.BCSS), vous trouverez notamment la liste des statuts sociaux disponibles et une information complète sur le projet MyBenefits.



Un Kit Média, pour promouvoir l'outil auprès des utilisateurs professionnels et des instances en contact avec les publics précarisés, comporte des supports visuels et textuels avec les différentes étapes pour utiliser l'application.

Ce kit est fourni gratuitement en téléchargement, également sur le site de la BCSS.

> Plus d'info

Application MyBenefits : www.mybenefits.fgov.be

Le projet en détail : www.ksz-bcss.fgov.be/fr/services-et-support/services/ssh-mybenefits



**Europe sociale
Consultation : Comment assurer des transitions justes ?**

Avec la transition énergétique, la numérisation et le changement démographique, il est clair que l'Europe traverse actuellement des mutations profondes. Comment assurer que ces évolutions ne portent pas atteinte à la justice sociale et que les droits de chacun soient protégés? La Commission européenne invite toutes les parties prenantes – dont

notamment les collectivités territoriales, les partenaires sociaux et les citoyens – à envoyer leurs idées <https://ec.europa.eu/eusurvey/runner/8257efae-81ed-bee9-ccab-e143deae5ea2> sur comment garantir la justice sociale sur notre continent et assurer des transitions qui soient justes pour tous. Vous avez jusqu'au 30 novembre 2020 pour réagir à la Communication (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=1487&furtherNews=yes&newslid=9524>) de la Commission sur comment renforcer l'Europe sociale et présenter vos suggestions

sur les actions à faire aux niveaux européen, national, régional ou local. Ces contributions alimenteront la réflexion de la Commission en amont de l'élaboration de son plan d'action pour une Europe plus sociale, qui sera présenté en 2021. De nombreux domaines sont concernés, notamment les salaires minimums équitables, la Stratégie européenne pour l'égalité des sexes (dont des règles de transparence concernant les salaires) et l'intégration des personnes âgées ou handicapées. Faites entendre votre voix pour une Europe plus juste !

> Propos recueillis par Philippe DELVAUX

UNE APP SANTÉ, C'EST LE BON PLAN

En décembre dernier, l'asbl DUNE lançait la deuxième version de son APP « Le Bon Plan », soit un répertoire des ressources sociales et de santé sur le territoire bruxellois. Rencontre avec la coordinatrice de ce projet, Chloé Pinaud.

L'ASBL DUNE

DUNE est une asbl agréé par le Service Public Francophone Bruxellois en tant que service actif en matière de toxicomanie. Elle remplit des missions d'accompagnement, de prévention, de réduction des risques et de formation et se veut un environnement stimulant la participation de ses usagers. Elle s'occupe aussi de Favoriser l'accompagnement vers les structures d'aide et de soins existantes et de stimuler le réseau en aidant à organiser la complémentarité de l'offre de soin et d'aide sociale.

Dans ce dernier cadre, elle publie depuis 15 ans déjà un guide d'accès aux ressources sociales et de santé à Bruxelles, appelé « Le bon plan ». En décembre dernier, l'édition 2020 du Bon plan franchissait un nouveau palier en se renforçant d'une deuxième version, fortement améliorée, de l'APP qu'elle avait initiée dès 2017.

Trait d'Union : combien de personnes travaillent-elles à l'asbl DUNE ? Et quels sont les autres activités mises sur pied ?

Chloé Pinaud : « Notre asbl fonctionne avec une vingtaine d'employés de différents profils : d'une part une dizaine de travailleurs sociaux, d'infirmiers et d'éducateurs actifs directement sur le terrain ;

d'autre part trois chargés de projet - dont moi pour le Bon Plan - ; et enfin les ressources humaines, la direction et l'administration.

En dehors du « Bon Plan » qui nous occupe ici, nous coordonnons d'autres projets notamment participatif, comme une émission de radio animée par nos usagers (Clip Radio, à écouter sur [Radio Panik](#)), un atelier Art et un atelier « Femmes ». Nous en développerons encore d'autres qui doivent se mettre en place dans les mois qui viennent. »

STRATÉGIE RÉGIONALE

Le développement de l'APP et du répertoire s'inscrit dans la stratégie régionale du Plan global de sécurité et de prévention, via l'axe 3.1 (Drogue et assuétudes) qui indique au rang des actions à promouvoir :

« Constituer un répertoire des structures spécialisées en promotion de la santé et en prévention des assuétudes à destination des services non spécialisés (services communaux en particulier) »

Le [Plan global de sécurité et de prévention](#) est consultable sur www.veiligheid-secureite.brussels

Cette application existe déjà depuis quelques temps, mais a franchi un palier. Qu'est-ce qui a changé ?

Chloé Pinaud : « L'APP a été créé en 2016 et lancée en mai 2017. Par rapport au support papier, l'APP apporte un surcroît de fonctionnalité, au premier rang desquelles la géolocalisation des institutions répertoriées. L'APP est un grand pas en avant par rapport à l'agenda papier précédemment éditée.

La première version de l'application nous emmenait directement vers la carte. Il y'avait moins de catégories et elles ne couvraient pas tous les services disponibles, ce qui limitait les possibilités de recherches. L'ergonomie était en outre moins bien pensée. Elle nous a servi de test et nous a permis de cerner ce qui fonctionnait bien ou pas, nous amenant ensuite à repositionner le produit, par le biais de cette nouvelle version que nous avons présentée en décembre 2019.

Pour cette dernière, nous avons dès lors fait un gros effort pour améliorer l'ergonomie et avons offert à la fois plus d'options et de thématiques de recherche. Les filtres sont mieux travaillés. Nous avons comme objectif que le résultat se montre à la fois plus simple et plus fonctionnel.



Comment avez-vous développé cette application ?

Chloé Pinaud : « C'est un processus à long terme. Ne disposant en interne ni des compétences métiers nécessaires, ni des financements pour les engager, il nous a fallu nous adosser à des développeurs externes. La coordination avec nos développeurs externes reste un défi, car il faut concilier nos demandes aux limites techniques des outils disponibles. »

Correspond-elle à ce que vous souhaitiez ou connaîtra-t-elle encore des développements ?

Chloé Pinaud : « Le timing ne nous a en outre pas permis réaliser tous nos souhaits pour cette version : nous aurions ainsi souhaité que le système puisse générer des notifications dans divers cas, comme le cas des « alertes au grand froid » ou des modifications d'horaires des structures répertoriées ou de leurs permanences.

Il nous reste encore beaucoup d'idées à réaliser, comme le déploiement de profils d'utilisateurs (du type « je suis une femme / qui a besoin d'un hébergement »), pour filtrer mieux les besoins et rendre l'outil encore plus pratique, ou des fonctionnalités pour améliorer le travail en réseau des professionnels utilisant l'app. Et enfin assurer la présence du Bon plan sur les réseaux sociaux...

Notre Plan de développement de l'APP s'enrichit ainsi au fil du temps et des formations à la maîtrise de l'outil qu'on prodigue et qui nous permettent aussi de recueillir le retour des usagers et leurs besoins. »

UN SUBSIDE

L'APP a été financée grâce à un appel à projet de BPS

Voir **Plan Global de Sécurité et de Prévention (2017-2020) : appel à projets sur www.brulocalis.brussels > chercher un subside**

Une des pratiques nécessaires à la construction de ce type d'outil est de recueillir l'avis des usagers. Comment avez-vous procédé ?

Chloé Pinaud : « nous avons organisé des Focus Groupes avec nos usagers. Ceux-ci ont été invités à y participer via les contacts entretenus avec eux par nos travailleurs de terrain.

Dernièrement, je me suis d'ailleurs rendue avec certains de nos usagers à la Porte de Hall pour y tester avec eux la borne interactive et recueillir leurs avis, qu'on filtrera pour amélioration ultérieures en fonction de leur faisabilité.

Ainsi, pour certains, la borne devrait être mieux adaptée au public handicapé, notamment en prévoyant de l'audio pour les malvoyants, tandis que d'autres critiquaient la taille jugée trop grande de certains affichages, ce qui les rendrait lisibles également par d'autres personnes, et mettrait dès lors à

mal la nécessaire confidentialité de ce type d'info. Il est parfois difficile de concilier des demandes antagonistes. Nous avons aussi recueilli des demandes de préciser les accès handicapés pour les institutions que nous recensons. En enfin, une demande des usagers pour que la promotion de l'APP et de l'agenda soit renforcée, car il faut du temps pour que l'information percole.

Les travailleurs de terrain sont notre canal essentiel pour faire connaître l'APP à notre premier public. Nous comptons aussi beaucoup sur le bouche-à-oreille. Mais on a également fait réaliser des affiches promotionnelles, qui sont en cours de diffusion dans la majorité des institutions répertoriées dans l'app et l'agenda. »

LE BON PLAN EN QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

Il existe beaucoup d'associations travaillant sur les problématiques sociales, mais peu d'outils d'orientation pour guider les personnes vers les structures adéquates. C'est ce constat qui a poussé l'asbl DUNE à publier une première version du Bon plan en 2005, sous forme d'une carte de Bruxelles pointant les diverses associations.

En 2009, l'outil connaît sa première transformation et le plan y devient l'annexe d'un agenda et d'un répertoire des associations.

En 2016, le Bon Plan est à nouveau repensé et l'idée d'une application mobile émerge. La démocratisation des smartphones les rend dorénavant souvent accessibles même aux précarisés. En outre, une APP se révèle également utile aux travailleurs sociaux, notamment lorsqu'ils sont sur le terrain. Cette application mobile voit le jour en avril 2017.

En 2018 et 2019, suite à un appel à projet conduit par Bruxelles Prévention et Sécurité, l'APP est retravaillée pour élargir son public et ne plus la limiter à celui des grands précarisés, mais pour toucher plus largement tout le public bruxellois en recherche des structures de santé et d'aide sociale.

L'objectif est donc dorénavant de toucher les citoyens bruxellois, mais aussi les professionnels et acteurs de la santé, de la prévention et de la sécurité, au rang desquels les acteurs de terrain comme les gardiens de la paix, les éducateurs de rue ou les équipes de police.

Et la « promotion de la santé » dépasse sa conception stricto sensu et prend donc en compte tous les déterminants de la santé pour les personnes. [Ce faisant, cet objectif se veut cohérent par rapport aux principes du [Plan santé Bruxellois](#)]

Qu'est-ce que le Bon Plan représente en termes de diffusion ?

Chloé Pinaud : « Le répertoire papier est tiré, pour 2020, à 16.000 exemplaires, dont 8.000 en français et le reste partagé entre le néerlandais et l'anglais. La COCOF nous soutient d'ailleurs financièrement pour une partie de l'impression de la version française.

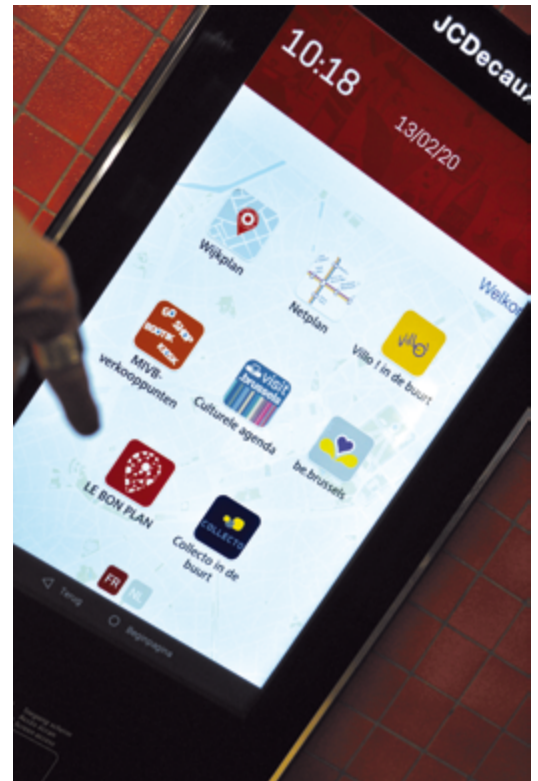
Le budget de l'APP a en grande partie été affecté au poste de développement.

Pour la diffusion, il faut beaucoup de canaux de diffusion. En 2020, on a plus que doublé notre tirage grâce à la traduction en néerlandais et en anglais. Du coup, la diffusion est d'autant plus importante. Rappelons qu'il s'agit, pour partie d'un agenda, lequel se périme donc au bout de l'année.

On a communiqué par mailing avec nos partenaires (les institutions reprises dans le répertoire), et on a organisé des permanences pour organiser la diffusion en direct. Début février, nous avons déjà écoulé 10.000 exemplaires, essentiellement à d'autres opérateurs qui eux-mêmes les distribuent à leurs usagers, mais aussi plus directement via nos équipes qui, elles, touchent l'utilisateur final.

Nous sommes par contre encore en attente des chiffres de téléchargement de l'APP.

Nous n'avons cependant pas fixé d'objectifs quantitatifs de téléchargement, mais bien qualitatifs sur les mesures pour faire connaître l'outil. C'est aussi la première année où nous avons étendu le public



cible, passant du cercle des usagers de services de première ligne sociale ou de santé à un public plus vaste de Bruxellois vers qui il est important, pour les instances régionales, de communiquer relativement aux questions de santé. »

L'outil est in fine une base de données, sous forme d'un répertoire. Comment la constituer et la mettre à jour ?

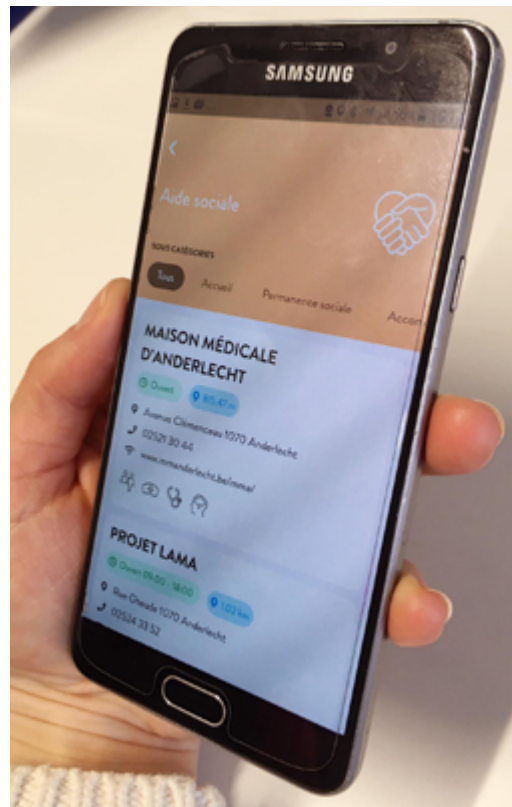
Chloé Pinaud : « L'APP répertorie 163 associations précédemment renseignées dans l'agenda papier. Nous avons rassemblé un corpus d'institution pour le premier plan en 2005 et l'avons par la suite tenu à jour et augmenté.

L'avantage de l'APP est de permettre l'ajout de plus d'infos et d'institution. Nous ne sommes pas limités par le nombre de pages à faire imprimer ou par l'espace disponible sur une carte papier.

A terme, on souhaiterait que les institutions en question puissent elles-mêmes nous suggérer des modifications via un bouton ad hoc sur l'APP.

Ensuite, nous souhaitons également élargir le périmètre des opérateurs recensés, par exemple en nous ouvrant aux maisons de quartier, ou à davantage de maisons médicales, comme le centre Athéna, ou à d'autres asbl. Nous réfléchissons même à permettre l'insertion des coordonnées de médecins généralistes (mais ce dernier point est encore en phase d'évaluation).

Notre cœur de métier historique nous a donné une expertise sur les risques en matière d'usages de drogues... mais on pourrait aussi créer l'équivalent,



via des critères de recherche sur l'APP, pour la réduction des risques liés à la consommation d'alcool. »

Et enfin, que pourriez-vous souhaiter en termes de collaborations avec les communes et les CPAS ?

Chloé Pinaud : « nous sommes demandeurs vu que nous constatons que même si certains CPAS nous connaissent déjà bien, ce n'est pas le cas de l'ensemble des 19 CPAS. Et comme nous avons une APP et un répertoire disposition... »

Concernant les communes, on a également déjà touché des gardiens de la paix et certains interlocuteurs dans les zones de police.

Nos moyens de communication nous permettent sans doute de toucher une partie de ces institutions, mais nous sommes demandeurs de mieux pouvoir le promouvoir auprès des acteurs du secteur public local. »

APP ou répertoire papier ? Choisis ton camp !

Chloé Pinaud : « Il nous semble important d'aider à outiller le personnel de terrain ET le public principalement précairisé ou rencontrant des soucis de santé.

Les deux outils offrent chacun des avantages : l'APP est plus fonctionnelle et ergonomique mais le répertoire papier offre de l'information à ceux qui n'ont pas accès à un smartphone et une bonne connexion (ce qui est parfois le cas des agents sur le terrain, ou des plus précairisés).

Et si le répertoire se voit adjoindre un agenda, c'est parce que nous avons constaté que le public connaissant des problèmes de santé, de précarité ou d'assuétude a parfois des difficultés à se repérer dans le temps et à pouvoir tenir à jour ses rendez-vous... »

> Plus d'info

Téléchargez l'APP sur Android ou IOS (disponible en français, néerlandais ou anglais)

Retrouvez la présentation du Bon Plan dans l'émission spéciale de Clip Radio sur les archives de [Radio Panik](#)

Présentation : YouTube > [Le Bon Plan DUNE](#)

L'application « Le Bon Plan » est également disponible sur une soixantaine de bornes interactives réparties dans une quarantaine de stations de métro bruxelloises.

www.dune-asbl.be

www.facebook.com/duneasbl

electric drive

Découvrez la nouvelle génération de VE Goupil



GOUPIL-G2

Découvrez le plus compact des Goupil: le nouveau G2

Design moderne, conduite souple et facilité d'utilisation, le G2 est homologué route et peut embarquer jusqu'à 600 kg de charge utile. Ses batteries lithium lui garantissent une grande autonomie et sa cabine aluminium associée à une plateforme tubulaire en acier lui confère légèreté et résistance. Son gabarit ultra compact vous permettra d'évoluer dans les voies les plus étroites.



GOUPIL-G4

G4M et G4L: les références en matière d'utilitaire compact électrique

Vous recherchez un utilitaire compact 100% électrique, robuste et performant ? Le G4 s'adapte à votre métier grâce à ses nombreux carrossages et équipements disponibles. Doté de batteries au lithium, le Goupil G4 offre un des rayons de braquage les plus courts du marché (4 mètres), une charge utile jusqu'à 1,2 tonne et la possibilité de tracter une remorque de 1,4 tonne.



GOUPIL-G6

Nous vous présentons le nouveau G6 de GOUPIL en première Belge!

Dernier né de la gamme, le G6 offre des prestations de haut niveau dans la catégorie des VUL électriques. Fidèle à l'ADN de la marque, le G6 propose une charge utile de plus d'une tonne, pour un volume allant jusqu'à 9 m³. Adapté à chaque usage professionnel, le G6 propose 3 places et est décliné en plusieurs carrosseries.

driven by nature

electricdrive.be

info@electricdrive.be - www.electricdrive.be

Votre distributeur exclusif > pour la Belgique.



GOUPIL

> Valérie WISPENINCKX, coordinatrice Bruxelles Social

BRUXELLES SOCIAL : UNE CARTOGRAPHIE EN LIGNE POUR UN MEILLEUR ACCÈS À L'OFFRE SOCIALE-SANTÉ DANS VOTRE COMMUNE

Véritable outil d'appui à toute politique orientée vers une meilleure accessibilité de l'offre sociale-santé en Région bruxelloise, Bruxelles Social et ses 3.937 structures d'aide et de soins référencées, a clairement la possibilité d'informer les mandataires locaux sur l'ampleur et la diversité des acteurs du social et de la santé présents sur leur territoire.



Comment se présente l'offre sociale-santé à Bruxelles et en regard de quels besoins ? Comment trouver son chemin vers le ou les services adéquats ?

Bruxelles Social est le cœur de métier du Centre de Documentation et de Coordination Sociales (CDCS-CMDC), asbl créée il y a 40 ans. Grâce à ses 4 services actuels, Bruxelles Social, Brudoc, Hospichild et Born in Brussels, le Centre s'illustre comme un acteur clé de l'information sur l'offre sociale-santé. Réunissant des connaissances et une expertise non négligeable, le CDCS-CMDC tente d'apporter des précisions et une intelligibilité tant pour les pouvoirs publics et politiques, les professionnels de l'action sociale-santé, que pour les citoyens.

Le CDCS-CMDC est mandaté par le Collège réuni de la Commission Communautaire Commune pour développer et mettre à disposition ces connaissances et expertises sur l'offre sociale-santé bruxelloise (missions de base et cœur de métier), et pour développer des missions spécifiques. La reconnaissance par la politique scientifique fédérale ainsi que le financement de la Région de Bruxelles-Capitale et par le Service Public Francophone Bruxellois, complètent le cadre de subvention et de reconnaissance du Centre.

Par où commencer ? Comment stimuler l'innovation sociale et le travail en réseau des acteurs dans tel ou tel quartier ?... Autant de questions qui peuvent trouver des réponses via Bruxelles Social, sa cartographie en ligne ou ses experts sectoriels.

BRUXELLES SOCIAL, EN BREF

Site web interactif

Le portail web de référence pour accéder à l'offre sociale-santé en Région de Bruxelles-Capitale : <https://social.brussels>. Trois portes d'entrée permettent de vous situer dans la diversité des acteurs : un territoire, un secteur d'activité, un agrément. Cette accessibilité renforcée contribue à réduire les inégalités en matière de santé et à augmenter l'efficacité des dispositifs existants.

Une expertise à portée de main

Une équipe expérimentée se tient à la disposition des professionnels, réseaux, institutions de recherches et mandataires politiques locaux et régionaux. Laissez-vous guider par nos collaborateurs expérimentés et tirez le meilleur parti de la carte sociale.

Intégration des données de Bruxelles social dans des sites et applications locaux

Les données de Bruxelles Social sont diffusées gratuitement en open data sous la licence CC BY. Leur réutilisation est encouragée via différents moyens : des exports excel des résultats de recherche sur le site et une offre plus spécialisée de webservices permettant une connexion et mise à jour automatisée entre Bruxelles social et des plateformes tiers.

Porte d'entrée virtuelle vers les organisations et services actifs dans le domaine social-santé

Bruxelles social est la cartographie bilingue et gratuite de l'offre sociale-santé en Région de Bruxelles-Capitale. Le service favorise et facilite l'orientation vers les services actifs dans le secteur social-santé et soutient les acteurs locaux et régionaux dans leurs actions en réponse aux besoins des habitants.

SANTÉ MENTALE

386 LIEUX D'ACTIVITÉS



> Bruxelles social - secteur «Santé Mentale». Secteurs : <https://social.brussels/sectors>

Près de **4.000 organisations** et services francophones, néerlandophones et bilingues actifs dans le domaine social-santé et relevant de tous les pouvoirs - quel que soit leur niveau institutionnel et leur régime - sont répertoriés au sein de Bruxelles Social. Et ce, au profit de toutes les personnes qui vivent dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Ces organisations sont réparties en **21 secteurs** du domaine social-santé. Il s'agit de secteurs très variés :

- l'aide sociale générale publique et privée,
- la santé physique, mentale et la promotion de la santé,
- l'aide aux familles, à la petite enfance, aux enfants et aux jeunes, et aux seniors,

Social.brussels, en chiffres :

- 4.000 lieux d'activités répertoriés
- 21 secteurs d'activités et 650 types d'activités catégorisées
- Une offre déclinable sur le territoire des 19 communes, et 118 quartiers
- 230 types d'agréments social-santé recensés
- 286.000 utilisateurs annuels et 493.485 vues de pages
- 365 mises à jours/an par une équipe de 10 personnes

- l'aide aux personnes sans-abris, aux plus démunis, aux personnes souffrant d'assuétudes,
- l'aide aux personnes en situation de handicap,
- le secteur de l'insertion socio-professionnelle, de l'asile, migration et du vivre ensemble, du logement
- l'aide aux justiciables

DES INFORMATIONS TRANSVERSALES, FIABLES, ORGANISÉES... COUPLÉES À L'EXPERTISE DE L'ÉQUIPE BRUXELLES SOCIAL

Une information transversale : le décloisonnement géographique, sectoriel et communautaire des acteurs est facilité grâce à l'approche intersectorielle, transcommunautaire et à la mesure du paysage bruxellois. Les acteurs des différents secteurs sont soutenus dans leur volonté de parler entre eux et de se connaître. Les acteurs dépendant des différentes communautés sont soutenus dans leur besoin de se connaître et d'être efficaces ensemble.

Une information fiable et experte : l'équipe de Bruxelles Social met tout en œuvre pour offrir une information de qualité. Les données sont complétées et actualisées sur base d'un croisement de plusieurs sources d'information : des contacts directs avec les organisations, des informations en provenance de sources officielles telles que le Moniteur belge et la Banque Carrefour des Entreprises, etc.

Une information orientée utilisateur : Bruxelles social est développé selon des principes d'action tels que l'intérêt général, la co-création et l'ouverture. Cela se traduit par la mise à disposition d'une information pertinente, de qualité, et couvrant les besoins de publics cibles divers.

Une information organisée : les données de Bruxelles Social sont minutieusement catégorisées, structurées, définies, rendues cartographiables et standardisées. Grâce à ce traitement scientifique, le chemin d'accès vers l'offre des opérateurs ainsi que l'utilisation des données dans le cadre de recherches sont facilités.

IMPACT : VISION CLAIRE DU SECTEUR SOCIAL-SANTÉ, ORIENTATION DES USAGERS, SOUTIEN DES BESOINS DES MANDATAIRES LOCAUX...

Bruxelles social permet de :

- **Découvrir l'ensemble du secteur social-santé via différentes portes d'entrée :** un territoire, un secteur, un agrément, etc. Ou, au contraire, chercher une organisation précise via la recherche sur le nom officiel ou usuel, le nom d'un service interne ou le numéro d'entreprise de l'organisation.
- **Orienter des usagers/professionnels vers le service adéquat.** Les professionnels sont confrontés au développement de la complexité à la fois de l'offre de services et des besoins des usagers. En proposant des fonctionnalités de recherches multi-critères, Bruxelles Social accompagne les professionnels dans leur recherche d'information et l'orientation de leurs usagers vers le service adéquat. Des critères de recherche performants permettent d'affiner la recherche sur l'offre linguistique, la localisation, le type d'activité, l'agrément ou encore le statut juridique de l'organisation. Dynamiser la mise en réseau des professionnels et des services et le développement de nouveaux services ou projets innovants.
- **Créer des cartes** qui visualisent les organisations et services dans une commune, un quartier Grâce à la récolte de données de géolocalisation des organisations et services, aux critères de recherches de localisation (situé à ou à proximité de) ou de zone d'action, associé au nouveau volet cartographique interactif, plusieurs outils sont à disposition pour effectuer une cartographie précise et performante de l'offre de ces services.
- **Créer des listings et des répertoires** sur mesure de l'offre territoriale et/ou thématique sous divers formats (excel, ...) et sauvegarder vos répertoires au sein de l'espace personnalisé Bruxelles social
- **Soutenir les besoins** des mandataires locaux et régionaux et des acteurs associatifs en terme de diagnostic, programmation et subventionnements de services.



En lire plus/prendre contact

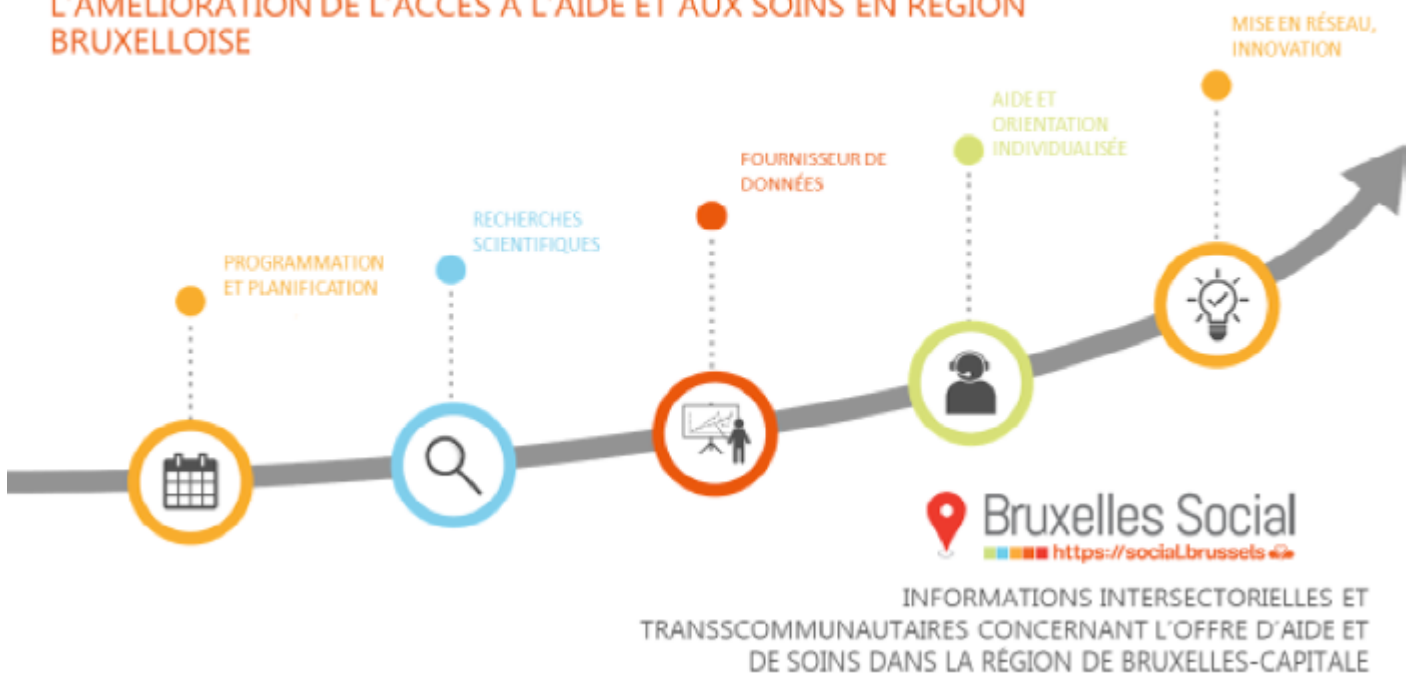
Découvrir la cartographie en ligne de Bruxelles Social : <https://social.brussels>

Explorer la brochure d'information, les manuels d'utilisation, l'arborescence thématique et la liste des agréments et des catégories dans la section « À propos » du site : <https://social.brussels/page/a-propos-de-la-carte-sociale>

En savoir plus sur l'asbl CDCS-CMDC et ses 4 services :

http://www.cdcs-cmdc.be/pdf/Plaqueette_CDCS.pdf

BRUXELLES SOCIAL, UN INSTRUMENT POLYVALENT DANS L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À L'AIDE ET AUX SOINS EN RÉGION BRUXELLOISE



> Sofia DOUIEB - Journaliste

LES CPAS DU PAYS CLARIFIENT LA NOTION DE DIGNITÉ HUMAINE POUR TENTER D'OPTIMISER L'AIDE SOCIALE FINANCIÈRE

Mardi 3 mars dernier, une journée d'étude intitulée « L'aide sociale financière en CPAS à l'épreuve d'un seuil de vie décent » a rassemblé une centaine de membres des CPAS de Wallonie, de Bruxelles et de Flandre. Tous sont venus entendre les analyses et constats d'experts, ainsi qu'échanger leurs points de vue, bonnes pratiques ou pistes de solutions à propos de l'articulation entre cette notion complexe de dignité humaine - un droit fondamental pour tout citoyen - et l'aide sociale financière.

Cette journée, organisée conjointement par la VSG (association des villes et communes flamandes), la Fédération des CPAS de l'UVCW et la Fédération des CPAS Bruxellois de Brulocalis, et soutenue par le SPP Intégration Sociale, avait un double objectif :

- S'interroger, à partir d'un point de vue scientifique et d'une approche socio-économique, sur la manière d'améliorer la participation sociale des bénéficiaires et de lutter contre l'appauvrissement.
- Partager les bonnes pratiques émanant des CPAS des trois Régions sur le plan de l'aide financière et matérielle complémentaire : comment cela se concrétise, quels outils sont utilisés à cet effet, comment est-ce budgétisé... ?

Pour répondre à ces multiples interrogations et aider les CPAS à garantir autant que possible la dignité humaine de leurs bénéficiaires par le biais de l'aide sociale financière, des experts issus des mondes économique, sociologique, social ou juridique ont avancé des pistes de réflexions, de solutions, des chiffres clés...

Quatre orateurs « neutres » et les représentants des trois fédérations des CPAS du pays ont fait le déplacement (sans compter ceux qui animaient les ateliers de l'après-midi sur les exemples de bonnes pratiques pratiquées par divers CPAS du pays) :

- **Piet Van Schuylenbergh**, Directeur des CPAS à la Fédération des Villes et Communes flamandes (VSG)
- **Judith Duchêne**, conseillère à la Fédération des CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie (UVCW)
- **Michel Denys**, Coordinateur de la Fédération des CPAS de Bruxelles (Brulocalis)
- **Philippe Defeyt**, Économiste à l'Institut pour le Développement Durable (IDD)
- **Wim Van Lancker**, Professeur au Centre for Sociological Research (CeSO), KU Leuven

- **Bérénice Storms**, Coordinatrice du Centre pour le conseil et la recherche budgétaire
- **Laetitia Liénard**, Présidente du CPAS de Tournai



« SITUATION CATASTROPHIQUE » À DÉNOUER D'URGENCE

L'article 23 de la Constitution belge garantit à chacun le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. Cette notion complexe et difficile à définir s'inscrit également dans l'article 1^{er} de la Loi organique des CPAS : « Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine ». Sachant cela, ce n'est pas pour autant que les CPAS parviennent à apprécier concrètement l'état de besoin d'une personne isolée ou d'un ménage.





> Judith Duchêne, conseillère à la Fédération des CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie

Plusieurs questions restent donc en suspens : À concurrence de quel montant et sur base de quels critères une aide sociale financière complémentaire doit-elle être accordée ? Sur base de quel budget de référence ? Qu'est-ce au juste qu'un « seuil de vie décent » ?

Des questions qui s'inscrivent dans un contexte déjà compliqué et tendu de toutes parts pour les CPAS : difficulté à maintenir les budgets en équilibre, augmentation de la pauvreté des bénéficiaires, glissement de la responsabilité des différents niveaux de pouvoir vers les autorités locales avec des effets sur leurs finances...

Pour tenter d'améliorer cette « *situation catastrophique* », comme l'a souligné **Judith Duchêne**, et essayer de trouver des mesures pour y remédier, des réflexions sont en cours entre les trois Fédérations des CPAS, le SPP Intégration Sociale et le ministre en charge de cette matière.

Pour la conseillère UVCW, « *il est impératif d'agir en amont sur la pauvreté et sur chaque niveau de pouvoir qui intervient dans l'accompagnement des personnes fragilisées. Il faut aussi refinancer les CPAS à la hauteur de leurs missions et de leurs défis. Autres axes de travail : revoir la suppression des allocations d'insertion, réduire les sanctions de chômage qui ne font que transférer le public visé vers les CPAS, augmenter le revenu des personnes par le relèvement des allocations au seuil de pauvreté, supprimer le statut de cohabitant...* »

Dans leur mémorandum, les trois fédérations des CPAS portent ensemble cinq revendications politiques fortes pour l'échelon fédéral :

- Augmenter progressivement le remboursement du revenu d'insertion (RI) jusqu'à 90 % pour l'ensemble des CPAS
- Analyser rétroactivement et systématiquement toute réforme fédérale en essayant d'identifier les impacts possibles sur les CPAS pour que ceux-ci soient compensés financièrement
- Consolider l'ensemble des subsides fédéraux pour les simplifier et les sécuriser
- Régler l'impact des cotisations de régularisation des pensions
- Régler les impacts du Tax-shift

Retrouvez le mémorandum des CPAS :

- sur www.brulocalis.brussels > une tournante (3^e)
- dans le Trait d'Union n° 113, disponible sur www.brulocalis.brussels ou sur ISSUU
- Dans ce Trait d'Union, pour les revendications en relation avec la santé

Du côté des CPAS bruxellois, **Michel Denys** insiste plus particulièrement sur le besoin urgent d'optimiser les aides complémentaires **en matière de santé**. D'abord parce qu'elles ont un impact considérable sur les finances des CPAS et ensuite, parce qu'elles ont une importance capitale dans « le pays défavorisé qui est le nôtre ».

Sur ce dernier point, un constat clair est avancé : un nombre significatif de personnes sont non-utilisateurs des soins de santé et 22 % (contre 9 % en Wallonie et 5 % en Flandre) reportent leurs soins à plus tard à cause, principalement, d'un manque de revenu et parfois pour des raisons administratives.

Poursuivant l'objectif d'enrayer cela, la Fédération des CPAS Bruxellois a conduit une étude pour identifier les barrières existantes concernant l'accès aux soins de santé et les moyens pour les réduire. Quatre axes de travail ont ainsi été définis en vue d'harmoniser les pratiques entre les 19 CPAS :

- **Relation avec les acteurs médicaux** : mise en place d'une plateforme régionale de consultation, intégration des acteurs médicaux dans la coordination sociale locale, élaboration d'une convention commune entre CPAS et prestataires...
- **Automatisation de l'accès aux soins** : détermination d'un accès aux soins sur base de critères simples et facilement vérifiables, intégration



> Michel Denys, coordinateur de la Fédération des CPAS Bruxellois (Brulocalis)

des bénéficiaires dans une base de données sécurisée accessible aux partenaires.

- **Carte santé** avec l'élaboration d'un modèle, l'identification de la couverture minimale et la détermination du public visé.
- **Liste des médicaments** D avec la révision des médicaments pris en charge par les CPAS en ambulatoire et en milieu hospitalier et la généralisation de son application.

A propos de l'étude sur les barrières d'accès aux soins de santé, voyez dans ce numéro l'interview de Karine Lalieux, Présidente de la Fédération des CPAS bruxellois.

des CPAS d'autre part, voyez dans ce numéro l'interview de Karine Lalieux, Présidente de la Fédération des CPAS bruxellois.

4. On ne peut pas aborder la question des aides sociales sans évoquer le revenu d'intégration. Il est insuffisant bien sûr pour mener une vie digne, mais il faut prendre en compte, notamment, qu'un même revenu est source d'inégalités en termes de niveau de vie ! (prenons ainsi à titre d'exemple le cas d'une famille, dont le niveau de vie diffèrera selon qu'elle dispose ou non d'un logement social).
5. L'octroi des aides complémentaires est inéquitable pour différentes raisons : différences de traitements des usagers d'un travailleur social à l'autre ou d'un CPAS à l'autre, disparités entre ceux qui connaissent leurs droits et ceux qui les ignorent...

> Il est important de lutter contre ces inégalités de traitement entre pauvres en agissant de diverses manières : imposer aux CPAS des lignes directrices obligatoires pour rapprocher certaines pratiques, mettre en place des mécanismes explicites pour gérer les aides, baser les interventions sociales sur les revenus plutôt que sur des statuts et/ou l'âge...

COMMENT GARANTIR À TOUS D'ATTEINDRE LE SEUIL DE PAUVRETÉ ?

L'économiste **Philippe Defeyt**, premier orateur extérieur, a une conviction claire sur ce qui devrait être mis en place pour assurer à la fois un revenu minimal suffisant, plus d'équité et plus d'autonomie : « *Un revenu universel couplé à de véritables assurances sociales (= droit strictement personnel, dépendant seulement du salaire perdu) et complété, si nécessaire, par une allocation loyer* ».

Concernant plus spécifiquement la notion de niveau de vie décent, il relève neuf points d'attention et quelques orientations à suivre pour améliorer la situation :

1. Il y a une très mauvaise connaissance des aides complémentaires et plus encore des modalités de leur attribution ; autant en Wallonie qu'en Flandre.

> Il faut améliorer la connaissance des aides complémentaires en pointant les différences entre les CPAS, en identifiant les personnes dans le besoin, mais non connues des CPAS, en comprenant mieux les conditions d'octroi...

2. Il ne faut plus accepter que les CPAS compensent les insuffisances ou restrictions dans les revenus et aides des régions et de l'Etat Fédéral.
3. Comment peut-on à la fois défendre une totale autonomie des CPAS et affirmer que l'objectif est de garantir à tous et toutes un seuil de vie décent ? Les moyens pour octroyer les aides sociales sont inégalement répartis entre les CPAS et ces derniers ont chacun leurs propres règles en matière d'octroi de ces aides...

P. Defeyt s'interroge alors : « La dignité humaine est-elle si différente d'une commune à l'autre ? »...

> Les régions doivent assurer une plus grande équité dans la distribution des moyens financiers entre les CPAS.

A propos de la recherche d'harmonisation d'une part et de la question de l'autonomie

A propos de l'amélioration de l'accès aux droits, lisez la présentation de MyBenefits dans ce numéro

6. Comment les autres aides privées et publiques (colis alimentaires, budgets sociaux dans l'enseignement supérieur, magasins de vêtements...) sont-elles prises en considération par les CPAS ? Les connaissent-ils et, si oui, les usagers en sont-ils informés ?



> Philippe Defeyt, économiste à l'Institut de Développement Durable (IDD)



7. L'éparpillement des aides pose beaucoup de questions. Tous les CPAS ne proposent pas les mêmes aides et cela crée des inégalités territoriales (ex. obligation de loger à un endroit déplaisant, d'aller étudier très loin...) ou des problèmes de rationnement (listes d'attente...)

> L'éparpillement des aides est un fléau. Pour l'éviter, il faudrait intégrer un maximum d'aides dans le revenu de base ; privilégier des dispositifs simples, sans paperasse ni complexité administrative ; augmenter les allocations familiales et/ou les réductions fiscales ; organiser la concertation avec l'ensemble des prestataires d'aides sociales et harmoniser leurs pratiques...

8. Les insuffisances majeures du seuil de pauvreté officiel ne facilitent pas la réflexion ni l'action. Ce dernier est un mauvais indicateur pour le revenu d'intégration sociale et devrait réellement être changé (tout comme l'échelle d'équivalence) car il se révèle inadéquat à bien des égards.

> Il faudrait donner une vision à 360° des besoins tout en mesurant mieux les revenus et les insuffisances de ceux-ci pour mener une vie conforme à la dignité humaine. Notamment en fixant un budget standard, en s'intéressant réellement à ce qui se passe dans les ménages ou encore en estimant mieux les revenus nécessaires en fonction de la composition des ménages (via la modernisation de l'échelle d'équivalence).

9. Et dernier point d'attention : les coûts administratifs et la charge mentale des bénéficiaires concernant ces aides sont sous-estimés ; ces dernières ne renforcent-elles pas la dépendance ?...

DES « AVOCATS SOCIAUX » POUR DÉFENDRE LES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS

L'exposé du sociologue **Wim Van Lancker** de la KU Leuven illustre une expérience réalisée à Courtrai où des « avocats sociaux » défendent, de manière intensive, les droits locaux fondamentaux d'un groupe restreint de bénéficiaires du revenu d'intégration

social. Dans la salle, les voix de deux travailleurs sociaux se sont élevées pour protester.

Ils se sont dits inquiets de constater que des sociologues pourraient être envoyés dans les familles pour faire un travail qui est en fait le leur et pour lequel ils ont été spécifiquement formés. « *Les travailleurs sociaux ne sont pas des fonctionnaires communaux ; ils sont totalement autonomes et, si le politique leur en donnait les moyens, ils pourraient tout à fait assumer la défense des droits de davantage de bénéficiaires* », s'est exprimé un travailleur social avec 40 ans d'expérience.

Voici donc quelques explications sur cette fameuse expérience appelée « projet MISSION ». L'objectif est clair : assurer les droits fondamentaux des bénéficiaires du RI au sein du CPAS de Courtrai et servir d'exemple pour les autres CPAS. Pour ce faire, il fallait trouver un moyen de pallier la sous-utilisation des aides sociales. Comment ? En identifiant des personnes dans le besoin qui ne sont pas encore connues du CPAS (via le service infirmier



> Wim Van Lancker, Professeur au Centre Sociological Research (CeSO)

de Kind&Gezin notamment) et en leur envoyant des sortes de coachs ou 'avocats sociaux' (ici appelés 'outreaching case managers') pour les aider à accéder aux aides sociales auxquelles ils ont droit.

Concrètement, pendant 53 semaines, cinq coachs ont aidé chacun 16 ménages dans le besoin en jouant les médiateurs entre eux et les organismes ou prestataires de soins. L'investissement était très intensif puisqu'ils devaient être constamment disponibles (physiquement au début et ensuite par mail ou téléphone) pour aider à compléter ou à comprendre un papier, pour introduire une demande d'aides, pour insister auprès du CPAS pour que le ménage obtienne rapidement l'aide...

Après six mois, l'expérience a été évaluée. Un premier constat était assez étonnant : 98 % des ménages aidés étaient déjà connus des CPAS, mais n'avaient, pour 46 % d'entre eux, jamais reçu d'aides complémentaires. Après le passage des 'outreaching case managers', on constate un doublement des ménages qui perçoivent, par exemple, une aide énergétique. Concernant le programme d'emploi, les résultats à long terme semblent également positifs. En revanche, l'expérience n'a eu aucun effet sur les conditions structurelles du niveau de vie du ménage. C'est à dire que personne n'est sorti de la pauvreté à la suite du 'projet Mission'.

Les leçons à tirer de tout cela, selon Wim Van Laeker : « *Les CPAS doivent travailler autrement pour faire en sorte que les ménages dans le besoin ne sortent plus des radars et sollicitent de façon plus systématique les aides sociales auxquelles ils ont droit. Il faut aussi trouver les moyens d'identifier les personnes pauvres pas encore répertoriées, comme les SDF par exemple. Et pour ceux que les CPAS ont perdu en cours de route, ils peuvent notamment reprendre contact avec eux, via les données déjà enregistrées, pour demander s'ils ont encore besoin d'aide ou pas. L'idée des 'avocats sociaux' coûte cher et ne peut pas s'appliquer partout, mais il faut garder en tête que c'est vraiment efficace pour optimiser l'accès aux aides complémentaires.* »

« LA DIGNITÉ HUMAINE NE SE RÉSUME PAS À L'ARGENT DONT ON DISPOSE ! »

Le terme 'budgets de référence' n'a apparemment plus trop la cote. À la place, il faut dire 'revenu minima pour une vie digne'. C'est en tout cas ce qu'affirme la chercheuse **Bérénice Storms** au début de son intervention intitulée : 'Les budgets de référence comme instrument de référence pour l'évaluation de situations de vie au regard de la dignité humaine'. Ces budgets de référence – ou revenu minima pour une vie digne – permettent de diagnostiquer les besoins d'un ménage afin de leur accorder des aides sociales adéquates. Il s'agit d'un cadre commun à tous les CPAS qui permet des traitements équitables et égaux des usagers.

Grâce à cet instrument, les paniers de services et de marchandises des ménages sont mesurés. Ce qui



> Bérénice Storms, Coordinatrice du Centre pour le conseil et la recherche budgétaire

permet d'éviter d'évaluer ces derniers uniquement sur leurs revenus ; souvent peu représentatifs du niveau de vie des personnes.

Si on constate, après évaluation, que les besoins vitaux du ménage ne sont pas suffisants, alors son seuil inférieur financier pour une vie digne n'est pas atteint. Des aides complémentaires doivent donc lui être proposées afin de lui permettre de vivre plus dignement. Et si ce n'est pas fait, il s'agira alors d'un manquement aux droits fondamentaux des personnes concernées, qui peuvent ensuite porter l'affaire devant les tribunaux. Sauf que les limites de la dignité humaine n'ont encore jamais été clairement définies...

Bérénice Storms évoque ensuite la notion de réciprocité entre les individus et la société. Il y a un lien de réciprocité entre les rôles sociaux attendus et les attentes sociétales. Pour elle, des moyens financiers suffisants permettent de respecter ces attentes. Par exemple, la société demande implicitement aux individus de se soigner quand ils sont malades... Mais rester en bonne santé coûte cher et il faut donc de l'argent. D'où l'intérêt, et même l'obligation, pour l'Etat de rendre ces soins aussi accessibles que possible. Et la logique est la même concernant l'autonomie des personnes (mobilité, sécurité...) Sur ces deux points, des efforts doivent être fait autant du côté des régions que du côté des CPAS.

Dans la salle, le chef du service bien-être d'un CPAS flamand a voulu réagir : « *Vous avez une vision trop libérale de la dignité humaine ! Elle ne se résume pas uniquement à l'argent dont on dispose. Et augmenter le RIS ne permettra certainement pas d'améliorer tous les aspects de la vie d'un individu...* »

Et B. Storms de répondre : « *La vie digne dépasse en effet les besoins financiers, mais les soucis d'argent prennent souvent des proportions telles que les autres besoins – psychologiques par exemple - ne peuvent être pleinement comblés* ». 📍

LES SERVICES DU CPAS DE BERCHEM-SAINTE-AGATHE QUI FACILITENT LE QUOTIDIEN

Le CPAS de Berchem-Sainte-Agathe lance une campagne d'information inédite sur ses services qui favorisent le quotidien et l'autonomie des personnes âgées. Le CPAS de Berchem a la particularité de posséder toute une gamme de services de proximité qui travaillent de façon complémentaire en vue d'assurer une qualité de vie aux personnes âgées dans leur lieu de vie.

Faire les courses, se déplacer, s'occuper des tâches quotidiennes est parfois compliqué quand on n'est plus totalement indépendant et requiert un soutien extérieur. Le CPAS de Berchem- Sainte-Agathe se préoccupe en priorité des personnes qui ont besoin à un moment ou un autre de leur vie d'être épaulées pour continuer à jouir d'une qualité de vie à domicile. C'est pourquoi plusieurs services sont ouverts aux personnes isolées, aux familles en difficultés ou aux aînés afin de faciliter leur quotidien. Ces services complémentaires sont :

L'AIDE À DOMICILE

- Aide familiale et ménagère pour un soutien dans les tâches de tous les jours et un accompagnement social.
- Livraison de repas à domicile à des tarifs sociaux.
- La 'Bernavette', moyen de transport dans la commune adapté pour les personnes à mobilité réduite.



NOS SERVICES QUI FACILITENT
VOTRE QUOTIDIEN

ONZE DIENSTEN DIE UW DAGELIJKS
LEVEN VEREENVOUDIGEN



CPAS
OCMW

BERCHEM-SAINTE-AGATHE
SINT-AGATHA-BERCHEM

LE CENTRE DE SOINS DE JOUR TOURNESOL

Tournesol accueille en journée des personnes qui ont des difficultés locomotrices et/ou de mémoire pour participer à des activités et faire des rencontres.

LE CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR HORTENSIAS

Hortensias est un lieu de vie dans le quartier. Il est ouvert aux personnes de 60 ans en plus qui souhaitent nouer des liens, apprendre et transmettre. Des ateliers concrets comme « Comment utiliser son smartphone et sa tablette ? » ou encore « gymnastique cérébrale » sont par exemple proposés.

LE RESTAURANT COMMUNAUTAIRE MIMOSA

Mimosa est un restaurant pour les Berchemois âgés de 60 ans et plus. Des repas variés, équilibrés, labellisés Good Food et à un tarif abordable y sont proposés tous les jours de la semaine et le week-end.

GROUPE DE TRAVAIL EUROPE : FEDER

Dans le cadre du Groupe de Travail Europe coordonné par Brulocalis, les communes bruxelloises se sont réunies le 20/2 pour échanger sur les enjeux de la prochaine programmation FEDER en Région bruxelloise.

L'adoption des règlements européens sur la politique de cohésion, dont le FEDER fait partie, est retardée par les négociations sur le budget européen. Cependant, les priorités européennes sont déjà connues et ne devraient pas changer. Les « objectifs stratégiques » fixés par la Commission européenne prévoient notamment « une Europe plus intelligente, verte et à faible émissions de carbone, connectée, sociale et proche des citoyens ».

Ces objectifs seront déclinés dans un programme régional qui doit tenir compte des besoins des **communes et des autres parties prenantes, en ligne avec le principe européen de partenariat.**

DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le 12 décembre, Bruxelles Environnement, en collaboration avec Brulocalis, organisait une matinée de travail autour de « Cultiver en ville ». Cette initiative, mise sur pied dans le cadre de la stratégie régionale Good Food, propose aux bruxellois(es) des ateliers d'initiation à l'agriculture urbaine. En 2020, « Cultivez en ville » va s'arrêter sous sa forme actuelle. Pour préparer ce changement, Bruxelles Environnement souhaitait mettre sur pied une réflexion avec les communes afin de construire collectivement le futur de cette initiative. Brulocalis était en charge du brainstorming avec les fonctionnaires des communes organisé dans le cadre de cet événement.

Brulocalis a mis sur pied, en collaboration avec Bruxelles Environnement, un cycle de quatre formations sur l'intégration du développement durable dans les projets des pouvoirs locaux. Le premier atelier intitulé « Comment intégrer le Développement Durable et les Objectifs de Développement Durable dans vos projets ? » a eu lieu le 7 novembre. Il affichait « complet », en rassemblant 35 participants. Après cette première matinée axée théorie et méthodologie, le deuxième volet organisé le 16 janvier proposait de travailler à partir d'exemples concrets tirés de projets en cours dans les communes et CPAS. Pour ces deux matinées, notre expert était « La Fondation pour les Générations Futures ». Les prochaines formations de ce cycle seront organisées au premier semestre 2020.

VILCO



Le projet de recherche action participative coordonné par Brulocalis avec le soutien d'Innoviris approche du stade des conclusions. Au cours des derniers mois, nous avons testé avec les communes partenaires du projet plusieurs nouvelles manières de collaborer avec les initiatives citoyennes. Le format des Rencontres de quartiers a été repensé avec la Ville de Bruxelles et la Commune d'Uccle ; la méthodologie des Assemblées citoyennes a été co-construite avec des associations locales à Etterbeek ; à Watermael-Boitsfort nous avons travaillé sur une procédure de co-organisation d'évènement ; etc. Les enseignements de ces expérimentations seront présentés lors de l'évènement de clôture du projet qui est programmé le vendredi 24 avril.

Un dossier de l'édition du Trait d'union 118 leur sera également consacré.

COOPÉRATION (CIC)

L'équipe en charge du programme de CIC a organisé du 4 au 6 mars une visite d'étude et de rencontres entre tous les partenaires communaux belges et congolais. Après 2 jours de visites à Namur, le groupe s'est retrouvé à Bruxelles pour une journée d'étude notamment sur les questions de gestion des décès et de digitalisation des services « état civil et population ». Cette plateforme fut également l'occasion d'approfondir les connaissances des actions des Régions wallonne et bruxelloises en RDC et de nouer de nouveaux contacts entre autorités.

Après plusieurs mois de préparation et un audit externe réalisé fin 2019 par un évaluateur mandaté par la Coopération belge, Brulocalis a obtenu sa certification en matière de suivi et évaluation en coopération au développement. Ce certificat octroyé par la Coopération belge constitue un passage obligé dans la perspective du dépôt du futur programme de CIC après la fin du programme actuel 2017-2021.

Plusieurs groupes de travail se sont réunis entre décembre et février pour entamer de manière participative les travaux de rapportage annuel 2019. Ainsi, les communes bruxelloises et wallonnes actives en RDC, au Maroc et au Sénégal se sont réunies autour du questionnaire de réalisation des objectifs.

MOBILITÉ ET SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Depuis le début du mois de janvier, la cellule mobilité se mobilise autour du projet « Ville 30 » du Gouvernement bruxellois. Elle a pris part aux travaux des 6 groupes de travail organisés par Bruxelles Mobilité et réunissant les 19 communes et 6 zones de police. Ces rencontres furent l'occasion de confronter la cartographie proposée par la Région aux réalités du terrain communal. De nombreuses questions ont été soulevées quant à la mise en œuvre d'ici janvier 2021, relatives notamment à la signalisation, à l'aménagement ou encore au contrôle / sanction. De nouvelles réunions techniques et politiques sont prévues dans les semaines à venir. Brulocalis demeure à cet effet le partenaire privilégié des communes pour tous conseils techniques relatifs à la mise en œuvre de cet ambitieux projet.

Projet de Ville 30 - Project "stad 30"

Proposition d'un régime de vitesse pour les zones résidentielles
Voorstel van een snelheidsregime voor de woonwijken

Document de travail - Werkdocument
4 2019-12-18



Le 3 février, Brulocalis a organisé avec Bruxelles Mobilité la réunion de débriefing des appels à projets mobilité 2019 et de lancement du nouvel appel 2020. Ce dernier, baptisé mobilité durable, est composé de 3 volets : vivre la ville, mobilité scolaire active, projets innovants. Toutes les informations concernant cet appel sont disponibles sur www.brulocalis.brussels > chercher un subside (« Projets de mobilité durable : appel à projets 2020 »).

Le 10 mars, la cellule mobilité a organisé, en partenariat avec Taxistop, une matinée d'information à destination des échevins sur le système Cozycar. Il s'agit d'un système de partage de véhicules entre particuliers dans lequel les communes peuvent jouer un rôle important, notamment en matière de communication et de facilitation.

> Clara VAN REETH, journaliste

UN EMPLOYÉ COMMUNAL VIRTUEL DIALOGUE AVEC LES CITOYENS À DISTANCE

Début janvier, la commune de Woluwe-Saint-Pierre a inauguré son premier assistant virtuel, « Pierre », chargé de répondre instantanément aux demandes des citoyens de la commune. Via une fenêtre de dialogue, les habitants qui le souhaitent peuvent demander trois services à cette intelligence artificielle (la commune envisage à terme d'élargir les compétences de « Pierre »). Une façon pour la commune d'éviter les déplacements inutiles à ses citoyens, mais aussi de libérer du temps de travail pour ses employés. Unique à Bruxelles, ce projet est le fruit d'un partenariat public-privé.



> Alexandre Pirson (cdH) est Échevin de la Transition numérique à Woluwe-Saint-Pierre.

Trait d'Union : Woluwe-Saint-Pierre est la première commune bruxelloise à proposer les services d'un chatbot à ses habitants. Qu'est-ce qui a poussé votre commune à se montrer pionnière en la matière ?

Alexandre Pirson : « Historiquement – mes prédécesseurs le disent depuis une dizaine d'années – Woluwe-Saint-Pierre a toujours été une commune avant-gardiste en termes de transition numérique. En outre, nous sommes partis du constat qu'il existe actuellement deux domaines dont on entend beaucoup parler, mais dont les effets et les projets concrets tardent à se manifester dans l'administration publique bruxelloise : smartcity et l'intelligence artificielle. C'est sur cette dernière que nous voulions avancer. L'intelligence artificielle fait parfois peur,

surtout aux personnes âgées, qui représentent une part importante de la population dans notre commune. Mais il était important pour moi, en tant qu'échevin de la jeune génération, de prouver que l'intelligence artificielle peut améliorer l'efficacité du service rendu au citoyen, tout en contribuant à réduire l'effort demandé à nos employés communaux. Et en gardant, évidemment, le contact humain et la convivialité avec notre population. »

Quels sont les services que peut rendre « Pierre » ?

Alexandre Pirson : « Nous nous sommes concentrés sur l'offre de trois services qui sont régulièrement demandés par les citoyens : le renouvellement de la carte de stationnement, l'inscription de son enfant dans l'une des crèches de la commune (francophones et néerlandophones) et la consultation des heures d'ouverture de la commune.

A contrario, en Flandre, une poignée de communes réfléchissent également à l'implémentation d'un chatbot, mais aucune ne l'a encore lancé parce que toutes envisagent une panoplie de services assez large. Selon moi, ces communes élargissent trop le panel et peinent donc à concrétiser les choses. Plutôt que d'attendre des années, nous avons préféré nous lancer directement dans l'offre de services pour lesquels nous savions qu'il y avait une vraie demande numérique de la part des citoyens : nous avons analysé, en amont, le trafic sur notre site internet et il en était ressorti que ces trois demandes (carte de stationnement, inscription en crèche et consultation des horaires) étaient les plus fréquentes.

Enfin, l'autre innovation, c'est que nous sommes le seul service public à proposer, via le chatbot, un circuit de paiement direct et sécurisé en ligne, pour cartes de crédit (Visa et Mastercard). »

Ce projet est le fruit d'un partenariat avec des partenaires privés : quels sont-ils et comment s'articule cette collaboration ?

Alexandre Pirson : « Nous sommes en effet accompagnés par un partenaire privé, la société de consultance Reimagine. De plus, nous collaborons également avec la société chargée du développement du chatbot, qui se nomme Chatlayer, et Wordline, en charge de la sécurisation des circuits de paiement. Enfin, la société Cherry Pulp s'occupe du visuel et de l'interface du chatbot. Ce partenariat public-privé tombait sous le sens car, bien que nous ayons les compétences en interne nécessaires à la bonne exécution du projet (la société Reimagine travaille en collaboration avec nos services informatiques), il nous fallait bien évidemment tenir compte du fait que nos services informatiques sont déjà surchargés par les demandes internes. La transition numérique étant de plus en plus présente dans nos administrations, le nombre d'ordinateurs et d'outillages dont il faut assurer la maintenance est toujours plus important. Nos services sont déjà assez sollicités, il nous apparaissait donc difficile de porter ce projet uniquement en interne. »

Combien coûte un tel projet ? Avez-vous fait appel à un subside ou aide régionale ?

Alexandre Pirson : « Le coût total est évalué à 15.000 euros. A quoi s'ajoutent des frais de maintenance trimestriels et des frais pour chaque transaction effectuée. Nous n'avons fait appel à aucune aide ou subside régional. »

Trouvez-vous cet investissement justifié ? Quels sont les avantages du chatbot ?

Alexandre Pirson : « Cela en vaut complètement la peine parce que ça permet de soulager notre administration. Pour les cartes de stationnement, les employés de l'administration peuvent désormais passer plus de temps à envoyer les cartes et moins de temps au

guichet. Cela permet également de libérer du temps pour d'autres types de tâches, ou d'avoir davantage de temps pour l'accueil au guichet des citoyens qui ont besoin d'un contact humain.

Car le bénéfice principal du chatbot, c'est essentiellement le service au citoyen. L'objectif est de préserver les contacts humains entre l'administration et toutes les catégories de personnes pour qui c'est important (comme les personnes âgées ou isolées).

En revanche, il existe toute une autre tranche de la population, dont je fais partie, qui travaille de huit heures du matin à dix-neuf heures, et qui est parfois contrainte de prendre congé pour aller renouveler sa carte de stationnement. Malgré une permanence en soirée le jeudi, nos horaires restent assez contraignants pour la population active. Avec le chatbot, nous pouvons répondre à leurs besoins.

« Pierre » permet aussi de préserver un aspect convivial, puisqu'on dialogue avec lui. Son service est accessible 24h/24 : on peut désormais renouveler sa carte de stationnement depuis son canapé ou en cas d'insomnie. Le chatbot est bilingue (français et néerlandais) et sera bientôt disponible en anglais, puisque quarante pourcents de notre population est internationale. Enfin, il n'y a, a priori, pas de limite au nombre d'utilisateurs ; ses tâches sont relativement simples pour l'instant, « Pierre » n'a donc jamais eu de surcharge. »

Est-il néanmoins sujet à des contraintes techniques ?

Alexandre Pirson : « Nous avons connu quelques bugs techniques, c'était prévisible. C'est pour cela que nous avons mis en place une phase test, durant deux mois fin 2019, lors de laquelle le chatbot était uniquement disponible sur un ordinateur aux guichets. Il a ensuite été mis en ligne sur le site internet de la commune et via Messenger, sur le compte Facebook. Néanmoins, nous avons pris la décision de désactiver temporairement cette dernière option ; étant donné qu'il s'agit là davantage d'un lieu d'échange et de questions spontanées, « Pierre » n'est pas encore adapté à ce type de contexte. Il reste néanmoins disponible via le site web de la commune où se situe, pour l'instant, sa réelle valeur ajoutée. »

Souhaitez-vous à terme élargir la gamme de services rendus par « Pierre » ?

Alexandre Pirson : « En effet, cela fait partie de nos objectifs. Nous sommes en train de nous renseigner, il faut être prudent car le GDPR entre en compte, ainsi que l'aspect sécurité de la transaction, notamment pour ce qui concerne les passeports et cartes

d'identité. Mais grâce à Itsme, la sécurité est de plus en plus garantie dans les opérations. Nous envisageons aussi d'intégrer les fonctionnalités d'Irisbox dans le chatbot : nous avons des réunions avec le CIRB (Centre d'Informatique pour la Région Bruxelloise) à ce sujet. Irisbox fait partie des gros chantiers de la commune, en matière de transition numérique.

A terme, nous projetons également de répertorier toutes les questions posées par les citoyens auxquelles « Pierre » ne sait pas encore répondre. Nous voudrions aussi réaliser une « foire aux questions », pouvant répondre à chaque internaute. Ce n'est qu'avec le temps et l'expérience des questions fréquemment posées que nous pourrions l'adapter à chaque situation. »

Qu'en est-il du taux d'utilisation de cet assistant numérique, depuis son lancement début janvier ?

Alexandre Pirson : « Il est encore trop tôt pour avoir une vue très précise. Nous savons qu'il y a eu un pic d'utilisation dès son lancement, avec de nombreux utilisateurs curieux de découvrir le fonctionnement, mais n'allant pas forcément jusqu'au bout du processus. Entre le 11 et le 18 février, nous avons enregistré 17.369 utilisateurs ayant interagi avec le chatbot (cela peut se limiter à avoir simplement cliqué dessus, sans aller plus loin) et 17.940 messages échangés. Ces chiffres sont encore très vagues et le monitoring doit encore être amélioré afin de pouvoir identifier le nombre d'interactions ayant réellement eu lieu et les sujets sur lesquels elles ont portés. »

Quel taux d'utilisation visez-vous ?

Alexandre Pirson : « Nous souhaitons que vingt pourcents des transactions aient lieu via le chatbot. »

Comment la population et les employés ont-ils perçu ce changement ? « Pierre » a-t-il suscité les craintes d'un remplacement de l'humain par le robot ?

Alexandre Pirson : « Au niveau de la population, il y a eu des craintes mais celles-ci ont très vite été apaisées. Nous leur avons assuré qu'il n'y avait aucune volonté de numériser l'ensemble de nos guichets : « Pierre » se limite à certaines actions ponctuelles et s'adresse à un public précis, qui est demandeur.


Au sein des employés, les retours ont été super positifs. Un exemple très concret : durant la phase test, le chatbot était uniquement accessible via un ordinateur placé à côté d'un employé d'accueil à la maison communale. Les citoyens qui le souhaitaient pouvaient ainsi le tester une première fois, en étant

guidés. Je me suis inséré dans la file d'attente pour voir leurs réactions. Une personne a demandé à l'employé communal : « Que va-t-il vous arriver, est-ce que vous allez être remplacé par ce robot ? » Et il a répondu, très sereinement, que le but n'était absolument pas de le remplacer mais, au contraire, de lui donner davantage de temps et l'occasion de diversifier ses tâches. »

A quoi est principalement consacré le temps de travail ainsi libéré pour les employés communaux ?

Alexandre Pirson : « Au sein des services Population des communes, ce n'est pas le travail qui manque. Non seulement la charge de travail est conséquente, mais le service au citoyen a également une place centrale. « Pierre » donne l'occasion aux citoyens qui n'ont pas le temps ou l'envie de contacts humains d'accéder à une série de services à distance. Cela libère du temps pour les employés communaux, qui sont ainsi plus disponibles pour les personnes plus stressées ou angoissées, et qui ont besoin d'un contact humain. Je remarque d'ailleurs que de plus en plus de citoyens nous disent ressentir la qualité de l'accueil au sein de notre maison communale. »

Combien de personnes au sein de l'administration travaillent sur ce projet ?

Alexandre Pirson : « Un seul employé travaille en collaboration avec la société partenaire. Notre équipe IT a été formée très récemment à l'utilisation et au développement des fonctionnalités du chatbot. Nous disposons donc désormais des compétences en interne pour le faire évoluer. À ce titre, nous pouvons donc déduire que les partenaires privés ont bien joué leur rôle de catalyseur et déclencheur, tout en veillant à la pérennisation du projet par le public de manière indépendante. » 

> Pierre VANDER AUWERA, CCRE

LE CCRE PLAIDE POUR L'EUROPE LOCALE AUPRÈS DES CABINETS DES COMMISSAIRES

La nouvelle décennie s'annonce ambitieuse pour l'Europe. En adoptant les Objectifs de développement durable et le Pacte vert visant à faire de l'Europe premier continent décarbonisé d'ici 2050, nous nous sommes engagés à réaliser des transformations considérables. Mais que faut-il faire pour les mettre en œuvre sur le terrain dans les milliers de villes et régions qui composent l'Europe ?

« Le CCRE a eu un calendrier très chargé en février avec plusieurs réunions avec les cabinets des commissaires européens, à savoir ceux de von der Leyen, Timmermans, Simson, Gentiloni et Ferreira. Notre objectif : montrer ce que les collectivités territoriales et leurs associations peuvent contribuer à bâtir un modèle de développement durable et inclusif.

« Pendant nos rencontres aujourd'hui, nous avons positionné les collectivités territoriales et leurs associations comme des partenaires incontournables pour l'élaboration des politiques de l'avenir et remporter la bataille pour le climat », a déclaré le secrétaire général du CCRE Frédéric Vallier. « L'adhésion des villes et des régions est essentielle à leurs réussites. »

LOCALISER LE SEMESTRE EUROPÉEN ET LES ODD

Le CCRE a rencontré le cabinet du commissaire chargé de l'Économie Paolo Gentiloni, qui est notamment responsable du Semestre européen, le processus par lequel l'UE coordonne les politiques économiques des États membres et tente de réduire leurs déficits publics. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : plus de 60 % des recommandations de la Commission exprimées dans ce cadre ont un impact sur les gouvernements locaux et régionaux. C'est pourquoi le Semestre doit être localisé, signifiant que les collectivités doivent être impliquées et consultées tout au long du processus.

Nous avons exprimé notre point de vue concernant les finances locales : les investissements favorisant la croissance durable et à long terme ne doivent pas être comptabilisés lors du calcul des déficits nationaux. Pour une analyse plus détaillée, veuillez consulter notre prise de position sur comment [relancer les investissements publics locaux](#).

Gentiloni est également responsable pour les ODD au sein de la Commission, veillant à l'intégration des objectifs mondiaux dans les différents domaines thématiques. L'implication des villes et régions sera tout aussi cruciale pour réaliser l'Agenda 2030. À notre réunion, nous avons soutenu que l'Union doit arrêter une stratégie globale pour les ODD, fournir plus de ressources financières pour la localisation des ODD et promouvoir le dialogue entre tous les différents niveaux de gouvernements et parties prenantes. Pour plus d'informations, veuillez lire la [prise de position du CCRE et PLATFORMA sur les ODD](#).

Le CCRE attend avec intérêt de voir comment la Commission intégrera les ODD au Semestre, assurant ainsi que le processus promeut non seulement la stabilité économique et la compétitivité, mais aussi la durabilité et le bien-être social.

IMPLIQUER LES COLLECTIVITÉS DANS LES PLANS DE TRANSITION

Lors de la rencontre avec le cabinet de la commissaire chargée de la Cohésion et des Réformes Elisa Ferreira, les responsables européens ont soutenu l'application du Principe de Partenariat au nouveau Fonds pour une transition juste (FTJ). La Commission a déclaré qu'elle encouragera les États membres à impliquer pleinement les collectivités territoriales et leurs associations dans l'élaboration des plans de transition territoriaux.

LA CONTRIBUTION DE LA CONVENTION DES MAIRES AU PACTE VERT

Le CCRE ainsi que d'autres partenaires gérant la Convention des Maires ont présenté cette initiative aux cabinets du premier vice-président exécutif Frans Timmermans et de la commissaire Kadri Simson, responsable

respectivement pour le Pacte vert et l'Énergie. En adhérant à la Convention, les communes et les régions s'engagent à titre individuel à réduire leurs émissions de CO₂ en augmentant l'efficacité énergétique et la part des énergies renouvelables.

Nous cherchions à donner une vision claire de ce qu'est la Convention des Maires, notamment en tant qu'outil contribuant à réaliser les objectifs du Pacte vert, ainsi que du soutien dont ont besoin les villes et les régions pour se décarboniser.

FAIRE VALOIR LA COOPÉRATION DÉCENTRALISÉE

En janvier, l'équipe de PLATFORMA a pu rencontrer le cabinet de la commissaire Jutta Urpilainen, chargée de la coopération internationale. Nous avons plaidé pour une participation plus poussée des collectivités territoriales et de leurs associations aux politiques de développement européennes. La rencontre a été très positive et l'approche de la Commission dans ce domaine semble être parfaitement en accord avec le travail de PLATFORMA. » 

LE CONGRÈS
DES
COMMUNES ET
DES RÉGIONS
D'EUROPE EST ANNULÉ



Suite à l'inquiétude croissante suscitée par l'épidémie de coronavirus COVID-19 qui continue de se propager, la Ville d'Innsbruck et le CCRE ont décidé d'annuler le Congrès des communes et des régions d'Europe prévu à Innsbruck du 6 au 8 mai 2020. Info sur www.ccre.org

> Jean-Marc ROMBAUX et Philippe DELVAUX

CONTRÔLE PAR LES FACTEURS DES CONDITIONS GRAPA

La Fédération des CPAS auditionnée au Parlement.

On le sait, le Fédéral a eu la saugrenue idée de confier aux facteurs de Bpost une mission de contrôle des bénéficiaires de la GRAPA.

Ce contrôle leur a été confié par le biais d'un arrêté du 30 mars 2018¹, lequel spécifie « qu'un facteur de La Poste contrôlera la résidence au moins une fois par an à date aléatoire. En cas d'absence, il se représentera deux fois dans un délai de 21 jours. Si on ne lui ouvre toujours pas, il laissera un certificat de résidence à remplir dans les 5 jours ouvrables. A défaut, le paiement de la Grapa est suspendu. »

Les trois Fédérations de CPAS bruxelloise, wallonne et flamande, s'opposent à une telle mesure et l'ont déjà fait savoir au Gouvernement par leur courrier commun du mois de 2019 (voir rétroactes). Celui-ci spécifiait ainsi :

« Comment La Poste a-t-elle obtenu ce « mandat » ? Le facteur est-il devenu agent assermenté ?

Qu'en est-il des bénéficiaires hospitalisés, alités à domicile, à mobilité réduite... ou tout simplement qui profitent de leur jardin et n'entendent pas le facteur ?

De plus, la pratique de certains facteurs qui glissent dans la boîte aux lettres un avis de passage pour un envoi recommandé ou un colis sans sonner à la porte de l'habitation a été renseignée. »

Il n'y a pas eu de réponse épistolaire à ces légitimes préoccupations.

Le 3 mars, 2020, par la voix de Jean-Marc Rombaux, les Fédérations de CPAS wallonne et bruxelloise, faisaient entendre leurs arguments au législateur dans le cadre d'une audition en Commission des Affaires sociales, de l'Emploi et des Pensions de la Chambre des représentants.

Les Fédérations ont plaidé trois arguments juridiques :

1. L'avis rendu en janvier 2020 par l'autorité de protection des données est limpide :
« La loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de population prévoit, en son article 6, § 7, que seuls les autorités et officiers publics peuvent réquisitionner la présentation d'une carte d'identité [...] Bpost et ses agents ne semblent pas en l'espèce constituer une autorité ou des officiers de services publics au sens de l'article 6, § 7 de la loi précitée du 19 juillet 1991. Sur base des éléments dont elle dispose, l'Autorité ne perçoit pas quelle base légale peut habiliter Bpost à requérir du bénéficiaire de la GRAPA sa carte d'identité dans le cadre du contrôle de résidence effective précité ».

2. Dans les travaux préparatoires à la Charte de l'assuré social, on lit notamment que : « Cette charte doit non seulement améliorer pour les bénéficiaires de prestations sociales la possibilité d'exercer leur droit vis-à-vis de l'Administration mais prioritairement de permettre de lutter contre la pauvreté et la précarité »
L'article 2, 1°, e) de la loi du 11 avril 1995 qui institue la Charte sociale et vise notamment le revenu garanti aux personnes âgées.

L'article 11 de la Charte sociale dispose que l'institution de sécurité sociale peut certes statuer en l'absence de réponse du demandeur, mais pas avant l'écoulement d'un mois... et non 5 jours comme le prévoit la disposition contestée en matière de Grapa. Ce délai de 5 jours est en flagrante contradiction avec celui d'un mois garanti par la Charte de l'assuré social. Un droit social à de facto se défendre est donc bafoué. Cette absence de respect de cette Charte de l'assuré social est particulièrement insatisfaisante car le public de la Grapa est composé de petites gens moins aptes à défendre leurs droits.

3. Le délai de 5 jours est ouvert après dépôt d'un simple avis de passage du facteur. Un tel avis n'offre pas les garanties d'un recommandé qui impose à la fois la signature de l'expéditeur et celle du destinataire. Or avec l'avis de passage, rien ne permet de démontrer si ce document a bien été déposé ainsi que la date et l'adresse où cela s'est déroulé. En aucune façon, le procédé appliqué ne permet d'obtenir preuve certaine du dépôt du certificat de résidence, et a fortiori, de son jour et de son lieu.

L'audition a encore développé d'autres arguments, que, faute de place nous ne pouvons reprendre ici. 

> Plus d'info

Pour plus d'info, retrouvez le compte-rendu de cette audition sur www.brulocalis.brussels

Rétroactes : retrouvez notre courrier de l'été 2019 « Garantie de Revenus Aux Personnes Âgées (GRAPA) – Modification des modalités » sur www.brulocalis.brussels
> actualités [15.10.2019]

1. 1 A.R. 30.3.2018 portant modification de l'arrêté royal du 23 mai 2001 portant règlement général en matière de garantie de revenus aux personnes âgées et de l'arrêté royal du 13 août 2011 relatif au paiement des prestations liquidées par l'Office national des Pensions.

POUR MIEUX IDENTIFIER VOS FINANCEMENTS, BRULOCALIS OFFRE UN ACCÈS EXCLUSIF À SA BANQUE DE DONNÉES SUBSIDES.



Brulocalis a élaboré une **page web subsidies (PWS)** exclusive vous offrant une «**porte d'entrée**» **unique** vers un ensemble cohérent en matière d'informations, de gestion et de planification de subsidies. Grâce à cet accès vous trouverez toutes les informations pertinentes pour mieux accéder et gérer vos subsidies.

Cette Page web – consultable via notre site <https://www.brulocalis.brussels/fr/subsidies.html> – comprend les rubriques clés suivantes que nous vous invitons à consulter :

► [Banque de données subsidies \(BDS\)](#).

La Banque de Données Subsidies recense systématiquement les subsidies dont peuvent bénéficier les communes et les CPAS, ainsi que les diverses instances de niveau local.

> Actuellement sont repris les subsidies octroyés par :

- la Région de Bruxelles-Capitale ;
- les Commissions communautaires française, flamande et commune ;
- les Communautés française et flamande ;
- l'État fédéral ;
- l'Union européenne ;
- différents Fonds, Fondations, Mécénats,...

> Chaque subsidy est repris de façon globale et structurée dans une **fiche descriptive** :

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Information | – Objet ; |
| | – Conditions d'octroi ; |
| | – Montant et liquidation ; |
| Analyse ► | – Procédure ; |
| | – Sources légales et réglementaires ; |
| Précisions ► | – Renseignements pratiques. |

► [Pour une meilleure vue d'ensemble: Tableaux synoptiques des subsidies.](#)

Tableaux donnant un aperçu global des sources de financement possibles, avec les liens vers les fiches concernées.

► [Pour placer des alertes dans votre Agenda: un Calendrier des appels à projets.](#)

Calendrier reprenant les dates de clôture des appels à projets lancés par différentes instances et orientant vers les fiches reprises dans la BDS.

► [Pour ne rater aucune information: une Liste des sessions d'information.](#)

Agenda reprenant les sessions d'informations organisées par différentes instances et orientant vers leur site pour plus d'information.

► [La 6e réforme de l'État passée au crible.](#)

Fiches faisant le point sur la mise en œuvre progressive des transferts de subsidies finalisés ou en voie de finalisation.

► [Une Toolbox subsidies au service des communes.](#)

À la demande et en coopération avec le Groupe de Travail Subventions (GTS), la Toolbox subsidies, développée par les communes membres de ce groupe, a été mise en ligne sur le site de Brulocalis afin de mettre les résultats à disposition de toutes les communes (Vadémécum, outils d'information, de gestion et d'évaluation,...).

Abonnez-vous à nos différents flux RSS, en fonction des matières qui vous intéressent, et/ou aux publications suivantes : [Lettre d'information](#), [Trait d'Union](#).