

## LES SOINS DE SANTÉ AU CENTRE DU DÉBAT SUR LES RÉFORMES INSTITUTIONNELLES

Tricot Anne

---

### I. Arrêt sur image

Le volet des soins de santé fait partie des points les plus épineux de l'accord à trouver en matière de réformes institutionnelles, les attentes des partis flamands et francophones étant radicalement différentes.

**La NVA et le CD&V** se réfèrent à la résolution votée par le parlement flamand en mars 1999, qui préconise le transfert aux Communautés des compétences normatives, d'exécution et de financement relatives aux politiques de la santé et de la famille.

**Les partis francophones** s'opposent globalement à la défédéralisation de la sécurité sociale et apprécient les propositions en fonction du respect de 3 critères :

- le maintien de la solidarité fédérale interpersonnelle
- le respect de la Région bruxelloise
- l'absence d'appauvrissement de la population de l'une ou l'autre entité.

Compte tenu de ces divergences fondamentales, les propositions avancées successivement par Elio Di Rupo, Bart De Wever et Johan Vande Lanotte se sont heurtées, tour à tour, au veto, tantôt des partis flamands parce que jugées largement insuffisantes, tantôt des partis francophones parce que considérées comme dépassant les limites d'un compromis acceptable.

Il n'empêche que, au fil des blocages, déclarations et remises sur le métier, les propositions de transferts dans le domaine de la santé se rapprochent toujours davantage de l'attente des partis flamands.

La dernière proposition en date, sous la plume de W. Beke, paraît à première vue en retrait par rapport aux velléités flamandes de communautarisation des soins de santé.

Elle ne doit cependant pas faire illusion. Le recul n'est qu'apparent.

En effet, si le champ de compétences proposé au transfert immédiat est resserré, la contrepartie exigée, c'est-à-dire l'introduction de la responsabilisation financière des Communautés au sein du système de santé maintenu fédéral, constitue une avancée majeure vers l'objectif final.

Il s'agit d'en prendre la mesure !

## II. Retour sur les rushes successifs<sup>1</sup>

**Elio Di Rupo**, nommé préformateur après les élections de juin 2010, fut le premier à avancer sur le terrain miné.

Conscient de la nécessité de rencontrer la soif des partis flamands **d'homogénéisation des compétences et d'implication des Communautés dans la décision**, il propose prudemment :

- **le basculement complet des compétences déjà en grande partie communautarisées ou régionalisées** (accords de la Saint-Quentin), **touchant à la prévention, à l'organisation des soins, à l'agrément** des MR/MRS et centres de soins de jour (et contrôle des prix), **assorti d'un financement via un droit de tirage sur le budget fédéral**, sans toucher au financement des soins aux personnes
- le transfert du budget INAMI relatif aux aides à la mobilité aux organismes régionaux en charge de la politique en faveur des personnes handicapées
- l'intégration des **représentants des entités fédérées dans les instances fédérales d'avis** en matière de soins de santé
- **l'avis préalable des entités fédérées compétentes** pour l'agrément des différents établissements, **lors de la conclusion des conventions de revalidation** (toxicomanie, Psy, ORL, grossesses non désirées).

Tant la NVA que le CD&V jugent cette proposition totalement insuffisante, stigmatisant le maintien des soins aux personnes au niveau fédéral, le maintien d'un financement fédéral des matières transférées moyennant l'instauration d'un droit de tirage, la redistribution de compétences sur base régionale (application de l'accord de la Saint-Quentin).

**Bart De Wever**, nommé ensuite au titre de « clarificateur », tente de « compléter » les propositions Di Rupo.

Il propose :

- **le transfert des matières personnalisables aux Communautés, moyennant cogestion à Bruxelles**
- **l'élargissement du champ de compétences concerné à l'ensemble de la politique relative aux personnes handicapées** (y compris les allocations) **ainsi qu'à l'ensemble des normes de programmation et de reconnaissance relatives aux soins aux personnes âgées**
- **le transfert des budgets afférents à ces matières** (plutôt qu'un droit de tirage) pour garantir une plus grande marge de manœuvre dans leur affectation.

---

<sup>1</sup> La présentation des propositions Di Rupo, De Wever et Vande Lanotte n'est pas exhaustive. Seuls les éléments essentiels utiles au débat sont pointés.

De surcroît :

- l'habilitation du prochain gouvernement à prendre des initiatives législatives pour **permettre aux Communautés d'exercer une compétence normative supplémentaire dans le secteur hospitalier**
- **le transfert aux Communautés de l'entière compétence et des budgets relatifs à l'infrastructure hospitalière**
- l'intégration de **représentants des Communautés dans les comités de gestion des différentes instances fédérales des soins de santé.**

Les partis francophones jugent, à leur tour, les propositions inacceptables, essentiellement en raison de la non-reconnaissance de la Région bruxelloise, du risque de flamandisation de Bruxelles et de la mise en danger de la sécurité sociale.

**Johan Vande Lanotte**, au titre de « conciliateur », tente alors, en janvier 2011, une difficile synthèse des propositions précédentes.

Il propose:

- **Le transfert aux Communautés des compétences en matière de prévention et d'organisation des soins de première ligne et des budgets correspondants, moyennant l'application de l'accord de la Saint-Quentin pour la Wallonie et une gestion par la COCOM à Bruxelles.**
- Un élargissement sensible du paquet de compétences à transférer, incluant désormais **l'ensemble des compétences en santé mentale et l'aide aux personnes âgées (APA), en ce compris la compétence de négociation des rémunérations dans les secteurs de la santé mentale et de l'aide aux personnes âgées ( !).**  
Par contre , en matière de politique des personnes handicapées, il revient à la proposition d'Elio Di Rupo, limitant le transfert à celui des aides INAMI à la mobilité.
- **L'ajout des budgets transférés, aux dotations des Communautés, moyennant une dotation spécifique pour le volet « personnes âgées ». Cette dernière évoluant sur base de la fluctuation annuelle des plus de 65 ans.**
- **La création, au niveau de chaque Communauté, d'un « conseil de promotion de la qualité »** en lieu et place du conseil national de promotion de la santé, avec pour objectif de permettre l'implication des Communautés dans l'établissement des normes de soins.
- **La mise à l'étude d'un mécanisme de bonus au profit des Communautés organisant et appliquant des normes susceptibles de réduire la surconsommation des prestations techniques.**

Bien que la proposition de J. Vande Lanotte bouscule leurs balises, touchant directement au financement des soins (forfait MR), les partis francophones la considèrent comme « base de discussion amendable », sur laquelle ils sont prêts à reprendre les négociations.

Le CD&V et la NVA, par contre, l'estiment insuffisante pour permettre l'autonomie politique souhaitée dans ces matières.

De plus, le CD&V refuse le compromis proposé concernant Bruxelles, qui, à ses yeux, conduirait à reconnaître Bruxelles comme une Région à part entière.

La responsabilité de ce dernier blocage « officiel » incombe clairement aux partis flamands.

Ce alors même qu'au gré des négociations les partis francophones ont déjà largement baissé la garde, prêts à accepter que l'on touche au caractère fédéral du financement des soins aux personnes et donc

de la sécurité sociale, et que le canevas proposé pour la négociation du transfert des compétences en matière de santé et d'aide aux personnes se soit de plus en plus élargi (portant sur 3,5 milliards) et rapproché des exigences flamandes.

### **III. La proposition « Wouter Beke » : communautarisation et responsabilisation**

Dans un contexte de blocage total, le Roi nomme, cette fois, un « négociateur », Wouter Beke, avec pour mission de préparer un accord permettant la constitution d'un gouvernement.

Les jours précédents cette nomination, la presse faisait état d'une « note » rédigée sous la plume de Wouter Beke précisant le point de vue du CD&V par rapport au transfert de compétences en matière de Santé.

Cette note, non distribuée officiellement, est au cœur des négociations actuelles.

Obtenu par un vent favorable, elle mérite une attention particulière.

Son contenu va en effet encore plus loin que les notes précédentes, concrétisant les velléités flamandes affirmées depuis 1999.

#### **Cadre de la proposition**

1. La **communautarisation** de la politique de la santé est nécessaire pour renforcer la cohérence et l'efficacité de la politique de chaque Communauté.  
La réforme de l'Etat n'est pas un but en soi mais bien un instrument au service de la mise en place d'une meilleure gouvernance **sur base de la responsabilisation**.
2. La note « **Octopus** », partie intégrante de l'accord de gouvernement flamand, reste la **référence**.
3. La solidarité interpersonnelle des citoyens belges doit rester garantie.

#### **Principe de responsabilisation des Communautés**

La « **responsabilisation** » des Communautés en matière de politique de santé, colonne vertébrale de la proposition de Wouter Beke, se concrétise par **l'octroi, à l'intérieur de l'assurance santé fédérale, de budgets communautaires via un système d'allocation**.

**Concrètement, la mise en œuvre du principe de responsabilisation repose sur trois mécanismes :**

- **L'implication des Communautés dans la fixation des objectifs budgétaires - global et partiels - de l'assurance soins de santé.**
- **L'attribution, au sein du budget global, de budgets « virtuels » aux Communautés sur base de la clé de répartition actuellement en vigueur dans le cadre de la responsabilisation financière des mutuelles.**  
Le budget « virtuel » correspond aux dépenses prévisibles dans la Communauté et sert de norme de référence pour la mise en place d'un système bonus-malus.
- **Le transfert aux Communautés des compétences relatives à l'organisation des soins, moyennant ajout des budgets y afférant à leurs dotations respectives, assorti d'une totale autonomie d'utilisation.**

Plus précisément :

## 1. Implication des Communautés dans la fixation des objectifs budgétaires

Les Communautés sont impliquées dans le processus décisionnel par leur **représentation à part entière dans les différents organes de l'INAMI**, c'est-à-dire : le conseil général, le comité de l'assurance et la commission de contrôle budgétaire.

→ Représentation dans le conseil général :

Les représentants des **Communautés** siègent avec **droit de vote**. Ceci vise à impliquer les Communautés dans le processus décisionnel **en matière d'utilisation du budget, la fixation du budget global annuel restant une prérogative de l'autorité fédérale**.

Pratiquement, cette représentation pourrait être assurée via la répartition des mandats actuels entre représentants du gouvernement fédéral et des gouvernements des Communautés.

→ Représentation dans le comité de l'assurance :

Les Communautés siègent avec **voix consultative**.

→ Représentation dans la commission de contrôle budgétaire :

Les Communautés siègent **avec droit de vote**.

## 2. Attribution du budget au sein de l'assurance maladie

**Au début de chaque année, le budget global est calculé pour chaque Communauté et attribué à cette Communauté à l'intérieur de l'assurance soins de santé.**

**La clé de répartition proposée repose sur les paramètres déjà utilisés dans le cadre de la responsabilisation financière des mutuelles.**

Concrètement :

- 70% de l'objectif budgétaire est défini sur base des dépenses historiques et 30% sur base du profil de risque de la population d'une Communauté.  
N.B. La population d'une Communauté est définie comme la somme des membres des mutualités reconnues par cette Communauté.
- A la fin de l'exercice budgétaire (année x+2), les dépenses réelles de la Communauté seront comparées au budget attribué (pour année x).

**En cas de sous-utilisation du budget attribué, un bonus sera octroyé à la Communauté concernée pour l'année x+3, à utiliser de manière autonome à l'intérieur du périmètre des soins de santé.**

**En cas de dépassement budgétaire, le malus sera mis à charge de la Communauté concernée.**

**Dans une première phase, le bonus ou le malus sera limité à 2% maximum du budget attribué à la Communauté pour l'année x.**

**Ensuite, le plafond de 2% sera progressivement relevé.**

En cas de dépassement budgétaire, les Communautés et les mutuelles seraient responsabilisées, chacune pour 25% du dépassement réalisé par rapport au budget attribué.

Le solde du dépassement étant mis à charge de la gestion globale.

En cas de sous-consommation budgétaire, 25% du bonus irait aux mutualités qui pourront l'affecter à leur fonds de réserve. De même, 25% irait aux Communautés (sans que ce montant ne puisse dépasser

2% du budget attribué à la Communauté concernée) qui pourront l'utiliser à leur convenance uniquement dans les secteurs relevant d'un financement INAMI.

**La mise en œuvre de la responsabilisation nécessite, selon W. Beke, de prévoir une organisation des mutuelles sur base de deux groupes linguistiques distincts.**

### **3. Nouvelles compétences transférées aux Communautés**

**Les moyens relatifs aux compétences complètement transférées aux Communautés sont octroyés via une dotation.** Cela concerne :

- la prévention
- l'organisation des soins de première ligne (y compris : l'accréditation des prestataires de soins, les stages, les gardes, le soutien à la formation, la **santé au travail**, le contingentement, les fonds Impulso, les postes de gardes, les cercles de soutien, les forfaits informatiques, les réseaux locaux multidisciplinaires, les services de soins à domicile)
- les soins palliatifs
- les plateformes de santé mentale
- la revalidation
- la lutte contre les assuétudes.

**En ce qui concerne les soins aux personnes âgées, les MR et MRS - dont les budgets maintenus au sein de l'assurance maladie sont attribués aux Communautés dans le cadre prévu au point 2 -, les Communautés héritent de la compétence en matière de définition des normes et d'organisation, y compris la programmation.**

**Les Communautés héritent également de l'entière compétence en matière de politique de qualité des soins.**

Chaque Communauté crée un **conseil pour la promotion de la qualité** dans lequel **siègent les partenaires sociaux du secteur non marchand, les soignants (indépendants et services) et les mutualités reconnues par la Communauté concernée.**

**Les organes fédéraux** qui rendent avis au gouvernement en matière de norme **sont invités** dans ce conseil.

**Ce conseil conseillera le ministre communautaire par rapport aux critères de qualité à respecter pour accéder aux subventions fédérales et/ou de la « Communauté flamande »<sup>2</sup>.**

---

<sup>2</sup> Le texte fait uniquement allusion à la Communauté flamande.

#### 4. Politique de financement

Les Communautés jouiront d'une **autonomie maximale pour l'utilisation des moyens transférés via dotation**, dans le respect des procédures à définir préalablement en concertation avec les mutualités et les soignants reconnus par la Communauté concernée.

En ce qui concerne le **budget attribué dans le cadre du budget INAMI** :

- en cas de bonus, l'autonomie de dépenses sera la règle (voir plus haut) pour autant que les moyens soient attribués par la Communauté dans des secteurs qui sont subventionnés par l'INAMI
- en cas de malus, la Communauté concernée se verra appliquer les pénalités prévues dans le cadre de la responsabilisation.

#### Dispositions particulières concernant les hôpitaux

- **Les Communautés participent à la réglementation et à l'attribution des forfaits aux hôpitaux.**
- **Les compétences relatives aux moyens fédéraux dédiés aux infrastructures hospitalières seront homogénéisées et transférées aux Communautés en deux phases :**

##### Avant 2015

- Le calendrier de construction sera exécuté comme prévu.
- Pour les grands travaux d'entretien, l'accord des Communautés sera désormais nécessaire. Une liste de travaux pouvant être considérés comme des travaux de grand entretien sera établie.

##### Après 2015

- Les moyens pour les infrastructures hospitalières (nouvelles constructions, reconditionnement, petit et grand entretien) seront transférés aux Communautés.  
Les Communautés auront l'autonomie de dépense. Elles pourront décider par exemple de consacrer plus de moyens pour la construction et moins pour l'entretien ou inversement<sup>3</sup>.

#### IV. Analyse et réflexion

La négociation des transferts dans le domaine de la santé s'avérait dès le départ à hauts risques. Les partis francophones, déterminés à préserver la solidarité interpersonnelle dans le cadre d'une sécurité sociale organisée au niveau fédéral, se trouvaient confrontés à la détermination des partis flamands à opérer des transferts permettant d'accroître leur autonomie.

Dans ce contexte, la proposition mise sur table par Elio Di Rupo tentait de limiter le transfert en matière de santé au champ des compétences déjà en partie défédéralisées, tout en confortant le fait régional (application de l'accord de la Saint-Quentin).

Par contre, les francophones acceptaient le principe d'un transfert des allocations familiales, tout en continuant à proclamer inacceptable toute atteinte à la sécurité sociale.

---

<sup>3</sup> En conclusion, l'auteur écrit « de cette façon, « nous » aurons une compétence homogène sur les infrastructures (hôpitaux généraux, psychiatriques) ».

Fallait-il comprendre ce premier coup de canif porté à la sécurité sociale, présenté comme un moindre mal par les négociateurs francophones ( !), comme une démonstration de bonne volonté par rapport à la demande flamande d'autonomie renforcée, dans l'espoir de préserver en contrepartie les soins de santé ?

L'illusion, pour autant qu'elle ait existé, fut de très courte durée.

La suite des événements a très vite montré que, du côté flamand, l'objectif restait bien l'application de l'accord Octopus de 1999.

Bart De Wever a rapidement avancé à découvert non seulement par rapport à l'ampleur du transfert « souhaité », mais également par rapport à l'ancrage institutionnel des compétences proposées au transfert, balayant d'un revers de la main les propositions que les francophones considéraient, à ce moment-là, comme un compromis maximal !

J. Vande Lanotte, tout en faisant une marche arrière stratégique par rapport au point essentiel de crispation des partis francophones, c'est-à-dire l'ancrage des compétences, avance, par contre, de manière considérable par rapport au démantèlement des compétences fédérales.

Il propose le transfert de l'ensemble des compétences en matière de santé mentale et d'aide et soins aux personnes âgées (y compris l'APA !) – en ce inclus la compétence de négociation des rémunérations dans ces secteurs - et, par ailleurs, jette carrément les bases d'un basculement, vers les Communautés, de la compétence en matière de surveillance/promotion de la qualité des soins. Autrement dit, de la définition des critères et normes à respecter pour accéder au financement INAMI.

Néanmoins, les partis francophones, soucieux de ne pas apparaître comme les responsables d'un échec, ont prudemment considérés que cette note pouvait être une base de négociation amendable !

Le blocage des partis flamands a permis de mettre sur table la proposition du CD&V dévoilée dans la presse, qui constitue désormais la base des discussions.

Certains (socialistes) y voient une marche arrière par rapport à la note de J. Vande Lanotte et un rapprochement par rapport à la proposition Di Rupo.

Il ne faut pas s'y tromper. Seule la stratégie a changé.

**1. Le transfert immédiat porterait sur une enveloppe budgétaire limitée, mais en contrepartie W. Beke introduit la responsabilisation des Communautés par rapport à l'entièreté du budget soins de santé<sup>4</sup> et propose à cet effet l'organisation des mutuelles sur une base linguistique.**

**L'augmentation progressive du degré de responsabilisation des Communautés est déjà prévue.**

La formule proposée pour la responsabilisation des Communautés s'inspire largement de celle en vigueur dans le cadre de la responsabilisation des mutuelles.

La répartition objective du budget global entre les Communautés serait calquée sur celle appliquée aux OA, prenant en compte d'une part les dépenses historiques (70%) et d'autre part le profil des populations (30%).

---

<sup>4</sup> Les Communautés entreraient dans les instances INAMI et au comité de l'assurance au même titre que les partenaires sociaux en tant que financiers, avec droit de veto et donc capacité de blocage.



Construite sur cette base, la responsabilisation pourrait s'avérer favorable aux francophones dans un premier temps. En effet :

- les dépenses réelles des Bruxellois se situent en deçà du profil reporté, en raison d'une sous-consommation en soins de santé liée à la paupérisation de la population dont une partie n'a tout simplement plus accès aux soins !
- le plafonnement du malus mis à charge - à hauteur de 2% de dépassement du budget attribué - protégerait, quant à lui, par rapport au risque de « sur » dépenses en Wallonie raison du profil de la population.

Certains pourraient dès lors être tentés, en raison d'un intérêt politique à court terme et pour éviter d'endosser la responsabilité de l'échec, d'accepter de négocier sur cette base, par exemple moyennant le maintien de la norme de croissance des dépenses pour la fixation du budget global.

**2. Les Communautés hériteraient de l'entière compétence en matière de politique de qualité des soins et la concertation sectorielle s'organiserait au niveau des conseils communautaires créés à cet effet.**

Cette proposition ouvre la voie à des priorités et prestations asymétriques entre Communautés.

Comment imaginer pouvoir maintenir dès lors une nomenclature fédérale des prestations de soins de santé ?

Par ailleurs un sérieux coup de canif serait porté non seulement à la concertation fédérale mais également à la concertation interprofessionnelle, les conseils communautaires ne comprenant que les interlocuteurs sociaux du non marchand.

Il ne faut donc pas s'y tromper, la proposition de Wouter Beke est dangereuse !

Si le transfert n'est plus une nécessité immédiate dès lors que la communautarisation se réalise à l'intérieur du système existant et que le problème de Bruxelles disparaît, tout cela semble cependant préparer - contrairement à l'avis des partenaires sociaux - la scission pure et simple des soins de santé à moyen terme.

