

Transfert des soins aux personnes âgées et santé : un pas plus loin dans le positionnement

En juin 2012, le Bureau de la FGTB wallonne adoptait une position cadre par rapport à la décision politique de transfert de certaines compétences en soins de santé et soins aux personnes âgées (doc. IW/12/NB-P.05).

Les travaux visant à concrétiser l'accord institutionnel sont en cours. La FGTB wallonne doit préciser sa vision de l'implémentation de la réforme.

I. Concernant la concrétisation du transfert

La FGTB wallonne revendique :

- le transfert à la Région wallonne de l'ensemble des compétences en matière d'aide aux personnes et de santé concernées par l'accord institutionnel,
- le transfert à la Région wallonne des compétences résiduelles de la Communauté en matière de santé préventive.

(doc. IW/ 12/ NB-P. 05)

Objectifs

- Respecter l'exigence flamande de transfert des compétences aux Communautés - et pas aux Régions.
- Calculer équitablement la part revenant aux Bruxellois¹.
- Eviter le risque d'affrontement intra-francophones au sujet de la répartition de l'enveloppe attribuée à la Communauté française. En effet, en raison de l'impossibilité/l'interdiction de recenser la population bruxelloise sur base de l'appartenance linguistique, on peut craindre un partage arbitraire des moyens destinés aux Bruxellois, défavorable aux Francophones (clé 80% Francophones, 20% Flamands).
- Viser la cohérence des politiques en matière de santé et soins aux personnes.

¹ N.B. La clé « population » servant au partage des moyens relatifs aux compétences santé ne tient pas compte de la situation réelle, comme par exemple du fait qu'il n'y a pas de MSP à Bruxelles.

→ Propositions

1. Découpler le transfert des compétences Santé/Soins aux personnes âgées de celui des moyens liés à ces compétences :

- **Transférer les compétences** - conformément à l'accord politique - **aux Communautés** et appliquer ensuite l'accord de la Saint-Quentin (possibilité prévue dans l'accord).

Argument en faveur de l'application de l'accord de la Saint-Quentin : les compétences visées complètent des compétences transférées en 1993 (personnes âgées + santé).

- **Transférer les moyens directement à la Cocom pour Bruxelles.**

Argument : les deux clés démographiques (population de + de 80 ans et population), à appliquer pour le partage des moyens relatifs aux soins aux personnes âgées et aux autres compétences santé à transférer, renvoient nécessairement aux chiffres de population régionaux vu l'impossibilité de différencier les personnes sur base linguistique à Bruxelles (cf. en matière d'allocations familiales).

2. Transférer les compétences résiduelles de la Communauté française en matière de santé (prévention et hôpitaux universitaires) vers les Régions.

Argument : homogénéisation des compétences.

Remarque : dans la mesure où il y a lieu de préserver le lien entre la médecine scolaire et l'enseignement (organisation dans les locaux des écoles), le transfert de la médecine scolaire doit s'envisager en lien avec celui de l'enseignement.

II. Concernant le modèle de gestion à mettre en place

La FGTB wallonne revendique :

- la création d'un OIP wallon de la santé en charge de la gestion de l'ensemble des moyens provenant du fédéral et l'implication des interlocuteurs sociaux interprofessionnels wallons dans son Comité de gestion ;
- l'ancrage au CESW de la concertation en matière de politique de santé et de réponse à apporter aux besoins liés au vieillissement ;
- un repositionnement de la consultation relative aux politiques de santé, famille, personnes âgées, au sein de commissions organisées par le CESW élargies aux autres acteurs concernés (prestataires, mutuelles, associations), sous la houlette du Bureau composé des interlocuteurs sociaux interprofessionnels ;
- la concertation avec la Cocof face au défi commun du vieillissement de la population.

Parallèlement à la réception des nouvelles compétences, la FGTB wallonne revendique :

- une réorganisation des compétences régionales en matière d'action sociale et de santé, qui favorise le découplage des interventions spécialisées (famille, personnes âgées, personnes handicapées...) et la mise en réseau de services complémentaires, sur base d'une appréhension prospective des besoins de la population.

Cela impliquera notamment une révision des missions confiées à l'AWIPH.

(doc. IW/ 12/ NB-P. 05)

Objectifs

- **Assurer la continuité** - accès aux services et prestations, expertise dans le traitement des dossiers, financement des institutions - **dans le cadre d'une gestion concertée.**
- **Mettre en place un pilotage concerté des évolutions/transformation à réaliser** (définition de priorités, programmation de l'évolution des services, décloisonnement et complémentarité des services et interventions...) **sur base d'une analyse globale des besoins à rencontrer, dans le cadre des priorités fixées par le ministre fonctionnel.**
- **Organiser la cohérence des politiques** (en ce compris avec les dispositions restant de compétence fédérale) **dans le cadre d'un financement solidaire redistributif.**
- **Jeter les bases d'une assurance dépendance.**

→ Proposition de modèle de gestion

1. Créer un OIP « santé et aide à domicile² », assorti de commissions techniques, couvrant l'ensemble des compétences relatives à la santé et à l'aide à domicile, c'est-à dire :

- **Les compétences transférées dans le cadre de la réforme institutionnelle :**
 - . compétence normative en matière d'hôpitaux (services , programmes de soins, fonctions)
 - . agrément des prestataires de soins
 - . infrastructures hospitalières
 - . totalité des compétences (y compris fixation du prix) en matière de maisons de repos (MR), maisons de repos et soins (MRS), centres de soins de jour, centres de court séjour, hôpitaux gériatriques et hôpitaux monospécialisés
 - . certaines conventions de revalidation (ORL, malentendants, déficiences visuelles, rééducation fonctionnelle, autisme)
 - . plateformes de soins de santé mentale, maisons de soins psychiatriques (MSP) et initiatives d'habitations protégées (IHP)
 - . organisation des soins de 1^{ère} ligne et soutien aux métiers de première ligne
 - . compétence fédérale résiduaire en matière de prévention
 - . aides à la mobilité
 - . allocation d'aide aux personnes âgées (APA).
- **Les compétences déjà transférées à la Région en 1993, actuellement gérées par l'administration (DGO5) sous tutelle directe de la ministre en matière de :**
 - . santé³
 - . aide aux familles et aux personnes âgées.
- **L'aide aux personnes handicapées non institutionnalisées.**
N.B. Ce pan du champ couvert actuellement par l'AWIPH glisserait donc à terme dans celui couvert par le nouvel OIP.
- **Les compétences résiduaire de la Communauté française en matière de santé :**

² L'intitulé devrait être soigneusement réfléchi pour éviter une mauvaise interprétation ou une interprétation restrictive.

³ Agrément des hôpitaux, établissement psychiatriques, transport médico-sanitaire, associations de soins intégrés, maisons médicales, coordination des soins et aide à domicile, services de santé mentale, centres de télé-accueil, relais santé, subsides aux infrastructures médico-sociales.

- prévention (programme de dépistage, vaccinations, PSE, assuétudes, hôpitaux universitaires, médecine du travail).

2. Rapatrier la fonction consultative au sein du CESW.

Arguments

- La gestion fragmentée et non concertée s'est avérée source de démultiplication des interventions (doublons/ chevauchements), de surcharge administrative, de méconnaissance et concurrence entre secteurs.
- Le défi du vieillissement de la population dans un contexte de moyens comptés nécessite d'organiser l'échelonnement et la complémentarité d'interventions et services accessibles à tous, de développer et diversifier l'offre de soins et de services d'aide à domicile, tout en limitant l'institutionnalisation.

Commentaire

Pour faire face aux défis du futur, la gouvernance et la concertation devront nécessairement dépasser les frontières des secteurs spécifiques, c'est pourquoi le modèle de gestion proposé vise à inclure dans le champ de la concertation les investissements hospitaliers et l'aide à domicile (aides aux familles/PA), actuellement sous tutelle directe de la ministre.

L'ancrage de l'APA dans le champ couvert par l'OIP « santé et aide à domicile »⁴ se justifie dans la mesure où il s'agit de moyens destinés à soutenir les personnes âgées en perte d'autonomie et pourrait servir de socle pour la construction d'une assurance dépendance (champ de couverture et financement à réfléchir/négocier dans le cadre d'une gestion globale du développement de l'offre de services complémentaires)⁵.

Ce modèle de gestion s'inscrit dans un projet de reconfiguration de la politique sociale wallonne sur base de la concertation, dépassant l'enjeu immédiat que constitue l'accueil des compétences. Le bouleversement de l'existant nécessite l'adhésion au projet et le respect des différents acteurs.

Il implique un transfert vers l'OIP du personnel hérité du fédéral mais suppose également le transfert du personnel actuellement en charge de la gestion des compétences santé et aide à domicile au sein de la DGO5 dans le respect bien évidemment de leur expertise, de la carrière et du statut des agents.

Enfin, à moyen terme, la cohérence politique supposerait de rapatrier dans le champ couvert par l'OIP « santé et aide à domicile » certaines compétences relevant actuellement du champ de l'AWIPH, c'est-à-dire l'accompagnement/aide aux PH hors institutions, et d'inclure ces missions et du personnel spécialisé au sein de services généraux.

En effet, l'Europe - dans la foulée des Nations Unies, conformément au souhait des associations représentant les personnes handicapées - préconise le développement de politiques inclusives, c'est-à-dire la prise en compte a priori de la dimension du handicap dans les différentes politiques.

⁴ Et pas de l'AWIPH comme le souhaitent certains dans le prolongement de l'ancrage actuel au sein de la Direction Personnes handicapées.

⁵ Les moyens résultant du transfert de l'APA pourraient servir de socle pour créer après quelques années à moyen terme (d'abord assurer la continuité) un système d'assurance dépendance exonérant de cotisation les bas revenus.

La mise en conformité nécessitera, à moyen terme, la révision du décret wallon et le recentrage de l'action de l'AWIPH sur les politiques spécifiques résiduelles.

Mais ceci... c'est pour plus tard !

