

La communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées suite à la sixième réforme de l'Etat et leurs conséquences sur la population

Mémoire réalisé par
Pauline Gillain
Promoteur(s)
Pascale Vielle

Année académique 2015-2016
Master en droit

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat entraîne l'application des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens de l'UCL.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation des idées et énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées et quelle qu'en soit l'ampleur, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement à l'endroit exact de l'utilisation.

La reproduction littérale du passage d'une oeuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source consultée.*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une oeuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette oeuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Université catholique de Louvain

Faculté de droit et de criminologie

La communautarisation et la régionalisation des soins de
santé et de l'aide aux personnes handicapées suite à la sixième
réforme de l'Etat et leurs conséquences sur la population

Mémoire réalisé par :

Pauline Gillain

Promoteur :

Pascale Vielle

Master en droit

Année académique 2015-2016

Table des matières

Introduction	7
Titre I : La répartition des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées avant la sixième réforme de l'Etat	9
Chapitre 1 : Bref aperçu de la répartition des compétences en Belgique	9
Chapitre 2 : La répartition et l'exercice des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées avant la sixième réforme de l'Etat.	10
Introduction.....	10
Section 1 : Les matières relatives à la santé	10
Section 2 : Les matières relatives à l'aide aux personnes handicapées	11
Titre II : Les soins de santé et l'aide aux personnes handicapées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat	13
Chapitre 1 : De l'Accord institutionnel à la sixième réforme de l'Etat.	13
Chapitre 2 : La réforme des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat	14
Introduction	14
Section 1 : Les changements prévus en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées et leur mise en oeuvre	15
§ 1 ^{er} Les balises posées par l'Accord pour faire face à la réforme des soins de santé et de l'aide aux personnes	15
A) La création d'un institut de concertation	15
B) La solidarité interpersonnelle	16
§ 2 Le transfert des compétences.....	17
A) La politique en matière d'aide aux personnes handicapées.....	17
B) La politique hospitalière	19
C) La politique des personnes âgées et les soins dits <i>long term care</i>	22
D) Les soins de santé mentale	25
E) L'éducation sanitaire et la médecine préventive	26
F) L'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions de soins de santé de première ligne	27
G) La politique relative aux soins palliatifs.....	28
H) La politique relative à l'agrément des professionnels des soins de santé.....	29
I) La politique relative au contingentement des professions de soins de santé	29
J) Le maximum à facturer	30

Titre III : Les problèmes et les conséquences liées à la communautarisation et à la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées suite à la sixième réforme de l'Etat	32
Introduction.....	32
Chapitre I : la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées vont créer une différence de traitement pour les citoyens selon la région où ils vivent.	33
Méthode et point de départ.....	33
Section 1 : L'exercice des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées au sein des entités fédérées	34
§ 1 ^{er} La Communauté française.....	34
A) Le transfert intra-francophone de compétences.....	34
B) La mise en œuvre des compétences en Communauté française	37
§ 2 La Région wallonne.....	38
A) Les compétences reçues de la Communauté française	38
B) L'exercice des compétences en Région wallonne	39
§ 3 La Région de Bruxelles-Capitale.....	42
A) Le transfert intra-francophone des compétences : de la Communauté française à la Commission communautaire francophone et de la Commission communautaire francophone à la Commission communautaire commune.....	42
B) L'exercice des compétences par la Commission communautaire commune	43
§ 4 La Communauté et la Région flamandes.....	46
Section 2 : Le financement des entités fédérées.....	48
Conclusion.....	49
Chapitre 2 : La différence de traitement est contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution et ce traitement différencié n'est pas justifiable.	50
Méthode et point de départ.....	50
Section 1 : Les articles 10 et 11 de la Constitution et le principe d'égalité.....	51
Section 2 : L'obligation de se trouver dans une situation identique.....	52
Section 3 : Une différence de traitement injustifiée	53
Section 4 : Le rapprochement des politiques menées en Wallonie et à Bruxelles	53
Conclusion.....	54
Chapitre 3 : La communautarisation et la régionalisation vont créer une incohérence dans l'organisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées et vont complexifier le système avec des conséquences néfastes pour la conduite de politiques relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes.	55
Méthode et point de départ.....	55

Section 1 : Le transfert intra-francophone de compétences : une répartition des compétences et de budget complexe et incohérente avec des conséquences néfastes pour la population ?.....	57
Section 2 : La répartition des compétences relatives aux personnes âgées entre l’Autorité fédérale et les entités fédérées : l’homogénéisation des compétences ou un démembrement de la sécurité sociale incohérent et inconstitutionnel ?.....	59
Conclusion.....	62
Conclusion finale.....	63
Bibliographie	65
Annexes.....	72

Introduction

Le présent travail a pour objet d'analyser les conséquences pour la population de la communautarisation et de la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées suite à la sixième réforme de l'Etat. Nous avons jugé utile de procéder à ce travail puisque, suite à cette réforme, un grand nombre de compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées ont été transférées aux entités fédérées - prolongeant ainsi le processus de fédéralisation de notre Etat commencé en 1970-1971 avec la création des Communautés et des Régions et son inscription dans la Constitution – ce qui a pour conséquence d'engendrer des changements majeurs dans notre système institutionnel. Les compétences transférées en matière de soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées ne représentent que 10 % de l'ensemble des compétences et budgets en la matière, ce qui signifie que l'Etat fédéral reste compétent pour 90% des politiques relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées. Le pourcentage transféré nous semble cependant déjà important et suffisamment conséquent pour engendrer des changements dans notre vie quotidienne.

La sixième réforme de l'Etat est un tournant majeur pour notre pays et est l'aboutissement d'une longue période de négociations ayant mené à l'Accord institutionnel du 11 octobre 2011 et à un travail titanesque pour la mise en œuvre de cet accord. En plus des nouvelles compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées, les entités fédérées reçoivent un large panel de compétences avec, entre autres, les allocations familiales, la politique de l'emploi, le fonctionnement des Maisons de justice, la formation pour l'obtention du permis de conduire, etc.

Les entités fédérées vont devoir faire face à ces nouvelles compétences et notamment en assurer le coût. La question qui subsiste est de savoir si les entités fédérées disposeront des moyens financiers suffisants pour organiser et mettre en œuvre correctement les politiques relatives à ces matières et si la différence de moyens budgétaires entre le Nord et le Sud du pays ne va pas engendrer des différences de traitement entre les citoyens.

Nous procéderons en plusieurs étapes afin d'amener le lecteur à comprendre les enjeux de la réforme des soins de santé et de l'aide aux personnes et ses conséquences pour la population belge. Dans un premier temps, nous parlerons de la répartition des compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées avant la

sixième réforme de l'Etat. Dans un second temps, nous présenterons les changements relatifs aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées survenus suite à la sixième réforme de l'Etat. Dans un troisième temps, nous nous demanderons quelles seront les conséquences de la communautarisation et de la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées pour les citoyens au regard du principe d'égalité figurant aux articles 10 et 11 de la Constitution et si cette réforme ne va pas rendre le système de santé et d'aide complexe, incohérent et difficilement compréhensible pour le citoyen. Nous poserons nos hypothèses de réponses par rapport à cette question de recherche et vérifierons si elles s'avèrent pertinentes. La troisième partie de notre travail est le cœur de celui-ci ; nous pensons qu'il est primordial de nous interroger sur les conséquences de la réforme et de vérifier si celle-ci est conforme au principe d'égalité entre citoyens consacré aux articles 10 et 11 de la Constitution. Qui nous garantit que les citoyens du Nord et du Sud seront traités de la même manière et bénéficieront des mêmes droits, de la même qualité de soins, de la même facilité d'accès aux soins ? La répartition des compétences entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées ne va-t-elle pas créer une incohérence de notre système de sécurité sociale ? Comment le citoyen va-t-il comprendre et se retrouver dans cet éclatement de compétences ? Qui seront les premiers touchés par cette réforme ?

Ces questions nous ont poussées à nous intéresser de près à la communautarisation et à la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat et surtout, à tenter de comprendre les conséquences pratiques que cette réforme est susceptible d'engendrer sur les citoyens. Chaque citoyen peut un jour, être confronté à la maladie ou à un accident qui le poussera, peut-être, à solliciter une aide.

Titre I : La répartition des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées avant la sixième réforme de l'Etat

Chapitre 1 : Bref aperçu de la répartition des compétences en Belgique

Au regard de la complexité de notre système institutionnel, il convient de bien comprendre la manière dont sont réparties les compétences au sein de celui-ci.

Il faut distinguer les compétences résiduelles des compétences d'attribution. Les compétences d'attribution sont celles explicitement attribuées à l'Etat fédéral, aux Communautés ou aux Régions par la Constitution ou une loi spéciale. Les compétences qui n'ont pas été attribuées aux entités fédérées sont des compétences résiduelles¹ qui sont exercées par l'Autorité fédérale en plus des compétences qui lui ont été attribuées.² Ce mode de répartition des compétences est une caractéristique de la Belgique car, dans la plupart des autres états fédéraux, ce sont les entités fédérées qui disposent des compétences résiduelles et l'Autorité fédérale qui dispose des compétences attribuées.³

Les compétences attribuées aux Communautés sont divisées en quatre grands groupes et comprennent les matières culturelles, les matières personnalisables (Art. 128 § 1^{er} de la Constitution), l'enseignement et l'emploi des langues ; la Constitution mentionne les compétences détenues par les Communautés comme, entre autres, les matières liées à la santé et au bien-être des personnes (matière personnalisable).⁴

Les compétences attribuées aux Régions portent sur des matières économiques, sur celles pouvant avoir des implications économiques et sur les matières localisables (environnement, aménagement du territoire, etc.) ; elles ne sont pas énumérées dans la Constitution mais bien par des lois spéciales comme la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980^{5, 6}.

Les compétences détenues par les Communautés et les Régions n'ont cessé de s'accroître au fur et à mesure des réformes de l'Etat, de sorte qu'aujourd'hui celles-ci peuvent, de manière

¹ L'article 35 de la Constitution prévoit en réalité que les compétences résiduelles appartiennent aux Communautés et aux Régions, et non à l'autorité fédérale, mais cette disposition n'est pas en vigueur.

² A. GERLACHE et autres, *La Belgique pour débutants*, Bruges, la Charte, 2014, p. 134.

³ J. CLEMENT et autres, *Les accords de la Saint-Michel*, Bruxelles, Bruylant, 1994, p. 15.

⁴ A. GERLACHE et autres, *op. cit.*, pp 135 et 136.

⁵ Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *MB.* 15 août 1980, p. 9434.

⁶ A. GERLACHE et autres, *op. cit.*, p. 136.

totalement indépendante, mener des politiques dans de nombreuses matières qui leur sont attribuées par la Constitution ou des lois spéciales⁷.

Chapitre 2 : La répartition et l'exercice des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées avant la sixième réforme de l'Etat.

Introduction

Concernant la matière des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées, il convient de distinguer les matières personnalisables qui relèvent de la compétence des Communautés, des compétences résiduelles et d'attribution appartenant à l'Autorité fédérale. Les Communautés exercent les compétences qui leur sont expressément attribuées au titre de matières personnalisables par l'article 128 § 1^{er} de la Constitution. Les matières personnalisables visées à l'article 128 § 1^{er} de la Constitution sont énumérées à l'article 5 § 1^{er} de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. Les matières relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes qui ne sont pas reprises dans l'article 5 § 1^{er} appartiennent à l'autorité fédérale au titre de sa compétence résiduelle.

Section 1 : Les matières relatives à la santé

Avant la sixième réforme de l'Etat, l'article 5 § 1^{er}, I, était rédigé comme suit :

« I. En ce qui concerne la politique de santé :

1. La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception :

a) de la législation organique ;

b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ;

⁷ Une loi spéciale se distingue d'une loi ordinaire par le fait qu'elle doit être adoptée par une majorité renforcée au Parlement fédéral (voy. art. 4 de la Constitution).

- c) de l'assurance-maladie-invalidité ;
 - d) des règles de base relatives à la programmation ;
 - e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ;
 - f) des normes nationales d'agrément, uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus ;
 - g) de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.
2. L'éducation sanitaire, ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales. »

Les Communautés étaient donc compétentes pour mener des politiques relatives à la dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins sous réserve de nombreuses exceptions. L'Autorité fédérale détenait un large éventail de compétences en matière de soins de santé dont l'assurance maladie-invalidité et le financement des hôpitaux, ce qui représentait en réalité les matières les plus importantes sur le plan budgétaire.⁸

Section 2 : Les matières relatives à l'aide aux personnes handicapées

Avant la sixième réforme de l'Etat, l'article 5 § 1^{er}, II, était rédigé comme suit :

« II. En matière d'aide aux personnes :

- 1. La politique familiale, en ce compris toutes les formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants. (...)
- 4. La politique des handicapés, en ce compris la formation, la reconversion et le recyclage professionnels des handicapés, à l'exception :

⁸ P. PALSTERMAN, « Les aspects sociaux de l'accord institutionnel du 11 octobre 2011 », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 2012/2 n° 2127-2128, p. 29.

a) des règles et du financement des allocations aux handicapés, en ce compris les dossiers individuels ;

b) des règles relatives à l'intervention financière pour la mise au travail des travailleurs handicapés, octroyée aux employeurs occupant des handicapés.

5. La politique du troisième âge à l'exception de la fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées (...).

En matière d'aide aux personnes handicapées, les Communautés étaient compétentes pour les politiques relatives à la formation, à la reconversion et au recyclage professionnel des handicapés sous réserve d'exceptions décidées au profit de l'Autorité fédérale.

Titre II : Les soins de santé et l'aide aux personnes handicapées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat

Chapitre 1 : De l'Accord institutionnel à la sixième réforme de l'Etat.

Depuis 1970, notre pays a connu cinq réformes institutionnelles qui ont transformé la Belgique unitaire en un Etat fédéral. A chaque réforme, les entités fédérées ont acquis davantage d'autonomie leur permettant de mener leurs propres politiques. La sixième réforme de l'Etat poursuit le processus de fédéralisation en octroyant davantage d'autonomie aux entités fédérées ; la base de cette sixième réforme est l'Accord institutionnel du 11 octobre 2011⁹ qui a vu le jour au terme de plus de 450 jours de négociations entre les partis politiques.¹⁰

L'Accord institutionnel sur la sixième réforme de l'Etat a eu pour objectif de rendre notre Etat fédéral plus efficace et de conférer une plus grande autonomie aux entités fédérées. Il prévoit d'importants changements institutionnels et met surtout fin à des questions houleuses et conflictuelles comme la scission de l'arrondissement de Bruxelles-Hal-Vilvorde.

Cet Accord institutionnel est considéré comme complexe car il prévoit des changements importants et multiples au sein de notre système institutionnel.¹¹ La réforme prévue par l'Accord institutionnel vise à déplacer le centre de gravité de l'Etat belge vers les entités fédérées.¹²

L'Accord institutionnel ne doit pas être confondu avec la réforme de l'Etat elle-même. C'est cet Accord institutionnel qui sert de base à la sixième réforme et cette dernière ne s'est pas faite par la simple conclusion de l'Accord. A partir de l'Accord, il faut plusieurs années avant que les changements proposés soient effectivement mis en œuvre par des lois spéciales et que par conséquent nous puissions conclure que la sixième réforme de l'Etat a eu lieu.

⁹ Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat du 11 octobre 2011, « Un Etat fédéral plus efficace et des entités plus autonomes », Accord repris dans l'Accord de Gouvernement du 1^{er} décembre 2011.

P. BLAISE, J. FANIEL, C. SAGESSER, *Introduction à la Belgique fédérale : la Belgique après la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, CRISP, novembre 2014, p. 7.

¹¹ P. JOOS, « La sixième réforme de l'Etat (Accord papillon) », disponible sur http://www.legalworld.be/legalworld/uploadedFiles/Other_content/accordpapillon.pdf?LangType=2060, consulté le 6 juin 2016 à 18h54.

¹² P. BLAISE, J. FANIEL, C. SAGESSER, *op. cit.*, p. 7.

Ce qui nous intéresse principalement dans l'Accord institutionnel et dans la sixième réforme de l'Etat, concerne les transferts de compétences relatifs aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées. Comme nous l'avons vu *supra*, les entités fédérées exerçaient déjà des compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes bien avant la sixième réforme de l'Etat mais ce qu'il est intéressant d'examiner, ce sont les nouvelles compétences qu'elles doivent exercer et la manière dont elles les mettent en œuvre. Afin que les entités fédérées puissent faire face à leurs nouvelles compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes, l'Accord institutionnel a prévu une profonde réforme de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions¹³ ; le but est de permettre aux Communautés et aux Régions d'avoir les moyens financiers nécessaires à la poursuite de politiques dans les nouvelles matières.

Chapitre 2 : La réforme des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat

Introduction

Nous avons choisi de nous intéresser à la réforme des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées qui a eu lieu dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat car nous considérons que c'est une matière qui touche la population dans son ensemble. La réforme a eu pour conséquence de transférer une partie des compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes de l'Etat fédéral vers les entités fédérées, qui donc deviennent seules compétentes pour ces matières et doivent elle-même gérer les moyens budgétaires qui leur ont été attribués suite au transfert de compétence. Le transfert des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées s'élève à plus de 5 milliards d'euros, dont 2,9 milliards consacrés aux institutions pour personnes âgées¹⁴.

Dans le cadre de ce chapitre, nous analyserons ce qu'a prévu l'Accord institutionnel du 11 octobre 2011 en matière de soins de santé et d'aide aux personnes et la consécration de ces changements dans la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat.

¹³ Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, MB. 17 janvier 1989, p. 850.

¹⁴ P. HANNES, « Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg ? » *De zesde staatshervorming : instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, 2014, p. 368.

Section 1 : Les changements prévus en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées et leur mise en oeuvre

§ 1^{er} Les balises posées par l'Accord pour faire face à la réforme des soins de santé et de l'aide aux personnes

A) La création d'un institut de concertation

Le transfert des compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées aura des impacts sur le budget des entités fédérées. L'Etat fédéral a transféré une partie de son budget vers les entités fédérées afin qu'elles puissent faire face à ces nouvelles compétences mais il semblerait que ce budget ne soit pas suffisant pour couvrir l'ensemble des dépenses que devront supporter les Communautés et les Régions et surtout pour faire face aux grands défis comme le vieillissement de la population.¹⁵ Conscient de ces enjeux, l'Accord institutionnel a prévu la création d'un institut de concertation dont l'objectif est de « garantir et fournir des réponses concertées aux grands défis qui nous guettent (vieillissement de la population, budget, évolutions sociétales, maladies environnementales, etc.) »¹⁶. Il est prévu que cet institut soit un point de rencontre et de concertation interfédéral entre les ministres en charge de la santé. Cet institut aura pour mission de définir une « vision prospective commune et une politique de santé durable »¹⁷. Cet institut a donc pour mission de coordonner les actions de l'autorité fédérale et les actions des entités fédérées ; l'Accord a prévu que cette coordination fasse l'objet d'un accord de coopération.

« L'institut de concertation qui se veut être un lieu de concertation interfédérale concernant les enjeux majeurs à venir dans le secteur des soins de santé, notamment en matière de vieillissement de la population »¹⁸ a été consacré à l'article 43, 4°, de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat¹⁹ qui modifie la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles²⁰.

¹⁵ Nous reviendrons sur cette problématique dans la suite de notre exposé.

¹⁶ Voy. le point 3.2.1 de l'Accord institutionnel.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Réponse de Madame L. ONKELINX à la question posée par un internaute sur le site <http://www.andredubus.be/2014/02/04/sante-institut-du-futur-lieu-de-concertation-entre-les-differents-ministres-competents/> dont la réponse en entier est disponible à l'adresse http://www.andredubus.be/wp-content/uploads/2014/02/R_ponse-LO-Institut-du-futur.pdf

¹⁹ L. spéc. du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat, *MB* 31 janvier 2014, p. 8641.

²⁰ L. spéc. du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *MB* 15 août 1980, p. 9434.

Cet article modifie la loi spéciale de réformes institutionnelles en y insérant à l'article 92 bis un § 4septies rédigé comme suit :

« § 4septies. Les Communautés et l'Autorité fédérale concluent en tout cas un accord de coopération :

a) pour la composition et le financement d'un Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en matière de soins de santé; (...)»

A l'heure actuelle, aucun accord de coopération n'a été conclu entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées, de sorte que l'Institut de concertation, pourtant consacré dans la loi, n'a pas encore vu le jour. Nous espérons que cet institut sera bientôt mis en place puisqu'il semble essentiel qu'un tel lieu existe pour que l'Autorité fédérale et les entités fédérées se concertent afin que les politiques qu'elles mènent en matière de soins de santé et d'aide aux personnes soient cohérentes entre elles.

B) La solidarité interpersonnelle

L'Accord institutionnel a mis l'accent sur la solidarité interpersonnelle. Cela signifie que chaque citoyen doit continuer de jouir de l'égalité d'accès aux soins de santé et doit bénéficier de soins remboursés tout en bénéficiant du libre choix du prestataire de soin. Il est aussi prévu que les prix des produits ou des prestations doivent être identiques d'une région à l'autre et que, pour être certain que ce principe soit respecté, l'Autorité fédérale exercera la tutelle sur l'INAMI.²¹

Il est donc prévu que l'Autorité fédérale exerce la tutelle sur l'INAMI afin de garantir l'égalité d'accès aux soins de santé remboursés, et ce peu importe l'endroit où le soin a été prodigué. Cette solidarité interpersonnelle est une des missions essentielles de l'Autorité fédérale. Le problème, en pratique, est qu'on ne voit pas comment concrètement la tutelle fédérale pourra assurer le principe de la solidarité interpersonnelle sur des matières communautarisées qui ne relèvent plus de sa compétence.

²¹ Voy. le point 3.2.2 de l'Accord institutionnel.

§ 2 Le transfert des compétences

A) La politique en matière d'aide aux personnes handicapées

L'aide aux personnes handicapées désigne un ensemble de mesures destinées à aider et à faciliter la vie et le quotidien de personnes souffrant d'un handicap. Parmi ces aides, nous pouvons citer les aides à la mobilité qui regroupent toutes les aides pour les personnes à mobilité réduite, comme les voiturettes ou les coussins anti-escarres²², les aides financières comme l'allocation de remplacement de revenus qui permet aux personnes ne pouvant pas travailler en raison de leur handicap de subvenir à leurs besoins²³, ou encore la formation professionnelle et l'enseignement²⁴ aux personnes handicapées.

Depuis l'origine, l'article 5 § 1^{er}, II, 4^o de la loi spéciale de réformes institutionnelles classe parmi les matières personnalisables, qui donc ressortissent aux Communautés, la politique en matière d'aide aux personnes handicapées, en ce compris la formation, la reconversion et le recyclage professionnel de ces personnes. Deux exceptions existent néanmoins au profit de l'Autorité fédérale, à savoir les règles et le financement des allocations aux personnes handicapées, en ce compris les dossiers individuels et les règles relatives à l'intervention financière octroyée aux employeurs qui occupent des personnes handicapées. Hormis ces exceptions, le reste de la matière a été confié aux Régions.²⁵

En Communauté française, l'exercice des compétences relatives à l'aide aux personnes handicapées a été transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (COCOF) par l'article 3, 7^o du décret de la Communauté française du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région

²² Institut national d'assurance maladie-invalidité, rubrique aides à la mobilité disponible sur <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/bandagistes/Pages/aides-mobilite.aspx#.V2KyQqIaS70>, consulté le 15 juin 2016 à 14h22.

²³ Personne handicapée autonomie recherchée (PHARE), rubrique allocations aux personnes handicapées disponible sur are.irisnet.be/droits/allocations/allocations-aux-personnes-handicapées/, consulté le 15 juin 2016 à 16h02.

²⁴ A cet égard, vous pouvez consulter le site de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui propose une liste de 179 écoles spécialisées, www.enseignement.be, consulté le 17 juin 2016 à 12h28.

²⁵ M. VERDUSSEN, « Personnes handicapées », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 631.

wallonne et à la Commission communautaire française²⁶, pris en application de l'article 138 de la Constitution.²⁷

En matière d'aide aux personnes handicapées, l'Accord institutionnel a prévu deux transferts de compétence en faveur des entités fédérées. Premièrement, il a prévu que les aides à la mobilité deviennent une compétence des entités fédérées, et deuxièmement, que l'allocation d'aide aux personnes âgées (donc des personnes de plus de 65 ans dont l'autonomie est limitée) devienne une compétence des Communautés et de la Commission communautaire commune (COCOM.) à Bruxelles²⁸. Selon l'Accord, le transfert des aides à la mobilité représente un transfert de 62,2 millions d'euros et le transfert de l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA) représente un transfert de 511 millions d'euros.²⁹ L'Accord ne prévoit pas le transfert de la compétence en matière d'allocation de remplacement aux personnes handicapées de moins de 65 ans, ni l'allocation d'intégration, qui donc restent de la compétence du fédéral.

Selon les travaux préparatoires de la loi spéciale du 6 janvier 2014, le concept d'aide à la mobilité comprend « tout moyen mis en œuvre en vue d'améliorer la mobilité des moins valides de quelque manière que ce soit, comme les voiturettes roulantes manuelles, les voiturettes roulantes électriques, les scooters électriques, les voiturettes manuelles et électroniques pour enfants, les systèmes de station debout, les tricycles orthopédiques,... »³⁰ et l'allocation d'aide aux personnes âgées « concerne notamment la fixation des conditions d'octroi et du montant d'aide, le paiement des aides et l'ensemble de l'organisation »³¹.

Les changements relatifs à l'aide aux personnes handicapées ont été consacrés à l'article 8 de la loi du 6 janvier 2014. Cet article modifie l'article 5 § 1^{er}, II, 4^o de la loi du 8 août 1980 qui dès lors est rédigé comme suit :

²⁶ Décret II du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *MB.* 10 septembre 1993. Voyez la dernière modification du décret par le décret du 3 avril 2014.

²⁷ M. VERDUSSEN, *op. cit.*, p. 631.

²⁸ Voy. le point 3.2.3, a) de l'Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, *op. cit.*

²⁹ P. PALSTERMAN, « Les aspects sociaux de l'accord institutionnel du 11 octobre 2011 », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 2012/2 n° 2127-2128, pp. 34 et 35.

³⁰ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord., 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 6.

³¹ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord., 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 52.

« 4° La politique des handicapés, en ce compris la formation, la reconversion et le recyclage professionnels des handicapés et les aides à la mobilité, à l'exception :

- a) des règles et du financement, en ce compris les dossiers individuels, des allocations aux handicapés autres que l'allocation d'aide aux personnes âgées;
- b) des règles relatives à l'intervention financière pour la mise au travail de travailleurs handicapés, octroyée aux employeurs occupant des handicapés. »

Suite à cette modification, nous constatons que les Communautés jouissent désormais d'une autonomie totale pour mener les politiques relatives aux aides à la mobilité - elles disposent donc de la partie des aides à la mobilité qui, avant la réforme de l'Etat, dépendaient de l'assurance maladie-invalidité – de même que d'une compétence exclusive en matière d'allocation pour personnes âgées.³²

Suite au transfert de ces compétences, nous constatons que les entités fédérées acquièrent une plus grande marge de manœuvre dans la conduite de politiques relatives aux personnes handicapées. Nous nous interrogeons néanmoins sur le transfert de l'allocation d'aide aux personnes handicapées de plus de 65 ans et nous nous demandons les raisons qui ont poussé les partis politiques, auteurs de l'Accord institutionnel, à ne transférer que cette allocation-là alors qu'il nous aurait paru plus cohérent d'également transférer les deux autres types d'allocations (donc allocation de remplacement de revenus aux personnes de moins de 65 ans et allocations d'intégration). Comme réponse à cette interrogation, nous pouvons considérer que le transfert de la compétence relative à l'allocation aux personnes âgées répond à la logique du grand transfert de compétences relatives à la politique des personnes âgées ; c'est donc, à notre avis, cette logique-là que les auteurs de l'Accord ont suivie.

B) La politique hospitalière

La politique hospitalière représente un ensemble de règles relatives à l'organisation des hôpitaux en général, comme le financement des hôpitaux, les normes d'agrément, les programmes de soins ou encore les organes que l'on rencontre au sein d'un hôpital (gestionnaire, comité permanent de concertation, etc.).³³

³² M. VERDUSSEN, *op. cit.*, pp. 633 à 635.

³³ P. THIEL, *Manuel de droit hospitalier*, Bruxelles, Kluwer, 2004.

Déjà avant la sixième réforme de l'Etat, certaines compétences de la politique hospitalière relevaient du fédéral, tandis que d'autres relevaient des entités fédérées. Ainsi par exemple, l'Autorité fédérale était compétente pour déterminer et fixer les règles organiques³⁴ des établissements hospitaliers, comme les normes d'agrément ou la programmation, tandis que les Communautés et les Régions étaient compétentes pour la politique de dispensation des soins en dehors des institutions de soins³⁵. Les compétences relatives à la politique hospitalière sont donc morcelées depuis la loi spéciale des réformes institutionnelles du 8 août 1980.³⁶

L'Accord a prévu que les Communautés reçoivent la compétence de définir les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les hôpitaux, les services, les programmes de soins, ... sans toutefois que la fixation de ces normes n'ait d'incidence sur les budgets fédéraux. Cette nouvelle compétence est toutefois soumise à des restrictions qui restent de la compétence fédérale dont le financement des hôpitaux, les règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, la programmation, mais avec la possibilité laissée aux Communautés de conclure des accords bilatéraux lorsqu'elles le souhaitent. En outre, les normes qualitatives de référence restent celles dictées par l'Union européenne. L'Accord prévoit également que, pour faire face à ces nouvelles compétences, les Communautés reçoivent une dotation.³⁷

L'Accord prévoit également que les Communautés qui le souhaitent peuvent conclure des « accords bilatéraux de reconversion de lits hospitaliers avec l'Autorité fédérale afin de promouvoir la prise en charge en dehors de l'hôpital du secteur des soins de santé mentale ou la politique des personnes âgées »³⁸.

³⁴ Par législation organique au sens de l'article 5 § 1^{er}, I, 1^o, a) de la Loi de réformes institutionnelles du 8 août 1980, on vise les règles de base et les lignes directrices de la politique hospitalière telles qu'elles sont contenues dans la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, *MB.* 7 novembre 2008, p. 58624. Avis de la section de législation du Conseil d'Etat n° 32.299 /3, *Doc. parl.*, Ch., sess. 2001-2002, n°1642/001, p. 59.

³⁵ Art. 5 § 1^{er}, I, 1^o de la L. spéc. de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *loc. cit.*

³⁶ Pour les détails relatifs aux compétences de l'Etat fédéral et des entités fédérées avant la sixième réforme de l'Etat, voy. *supra*.

³⁷ Voy. le point 3.2.3, b) de l'Accord institutionnel.

³⁸ *Ibid.*

Les travaux préparatoires de la loi spéciale du 6 janvier 2014 énoncent que, désormais, les Communautés deviennent compétentes pour l'ensemble des normes d'agrément des hôpitaux³⁹. Les Communautés sont donc compétentes pour les matières consignées dans une série d'arrêtés royaux fixant des normes d'agrément.⁴⁰

Comme le financement des hôpitaux reste de la compétence de l'Autorité fédérale, il s'imposait de prévoir une procédure visant à déterminer si l'adoption d'une norme communautaire pouvait avoir un impact négatif pour les finances fédérales. Dans les travaux préparatoires, il est prévu que tout avant-projet ou proposition de décret, tout amendement à un projet ou proposition de décret, ainsi que tout projet d'arrêté d'une Communauté qui a pour but de fixer des normes d'agrément doit être transmis à l'assemblée générale de la Cour des comptes pour que celle-ci évalue les conséquences de ces normes sur le budget de l'Etat fédéral et de la sécurité sociale et fasse un rapport. Ce rapport est essentiel car il va permettre de mesurer les conséquences à court et à long termes des normes d'agrément édictées par les Communautés sur le budget. Dans le cas où la Cour des comptes rendrait un rapport négatif, il est prévu qu'une concertation ait lieu entre le gouvernement fédéral et les gouvernements de la Communauté dans le but de trouver un accord.⁴¹

Comme nous le constatons dans cette procédure, les parlementaires n'ont pas nié le principe du transfert des compétences relatives à la détermination des normes à la Communauté mais ils ont voulu rester extrêmement prudents en prévoyant que de telles normes ne devaient pas avoir d'impact négatif sur le budget de l'Etat fédéral et de la sécurité sociale. Le fait de prévoir que la Cour des comptes doit rendre un rapport et s'assurer que les normes édictées par les Communautés n'aient pas une influence négative sur le budget fédéral et le budget de la sécurité sociale nous amène à nous demander si les Communautés ont une réelle autonomie dans l'exercice de cette compétence. La procédure prévue dans les travaux préparatoires de la loi a été consacrée à l'article 5 § 1^{er}, I, al. 3 à 9, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

Les Communautés ont également reçu la compétence des budgets dits A1 et A3 des budgets des moyens financiers des hôpitaux. Le budget dit A1 correspond aux investissements dans

³⁹ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 2

⁴⁰ Il existe un très grand nombre d'arrêtés royaux qui fixent des normes d'agrément. Ces arrêtés exécutent la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

⁴¹ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 32.

l'infrastructure des hôpitaux (donc les constructions et les rénovations) tandis que le budget dit A3 correspond aux investissements dans les services médico-techniques (appareillage médical lourd).⁴² Avant la sixième réforme de l'Etat, ces compétences étaient exercées par l'Autorité fédérale sur la base de l'exception visée à l'article 5 § 1^{er}, I, 1^o, e) de la loi spéciale du 8 août 1980 ; suite au transfert de la compétence aux Communautés, l'exception a été supprimée dans l'article.⁴³ Pour que les Communautés puissent faire face à ces nouvelles compétences, il est prévu qu'elles reçoivent une dotation annuelle.⁴⁴

C) La politique des personnes âgées et les soins dits *long term care*

Les politiques relatives aux personnes âgées représentent un défi majeur dans le domaine de la santé pour les années à venir puisque le nombre de personnes âgées ne va cesser de s'accroître au fil des décennies. On prévoit que, d'ici à 2050, la population des plus de 80 ans aura doublé.⁴⁵

En matière de politique des personnes âgées et de soins *long term care*, l'Accord a prévu un large transfert de compétences qui ne sera pas sans incidence sur la population âgée.⁴⁶ L'Accord a prévu que les Communautés reçoivent les compétences en ce qui concerne les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour, les centres de court séjour, les services de gériatrie isolés et les services de soins spécialisés pour la revalidation.⁴⁷ L'Accord a prévu la communautarisation d'une partie de l'assurance soins de santé et indemnités dès lors qu'elle prend financièrement en charge des personnes transitant ou résidant dans des établissements de revalidation.

Cette réforme va réellement permettre aux entités fédérées d'interférer sur le quotidien des personnes âgées puisqu'elles peuvent mener de manière indépendante les politiques relatives

⁴² *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 34.

⁴³ Voy. le nouvel art. 5 §1, I de la L. spéc. de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

⁴⁴ Art. 51 de la L. spéc. du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des Communautés et des Régions, élargissement de l'autonomie fiscale des Régions et financement des nouvelles compétences, *MB*, 31 janvier 2014, p. 8594.

⁴⁵ V. DE GREEF, « Les structures pour personnes âgées et la sixième réforme de l'Etat : *homes sweet homes* ? », *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013) : tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, Limal, Anthémis, 2013, p. 429.

⁴⁶ Nous reviendrons sur cette question dans la suite de notre exposé.

⁴⁷ Voy. le point 3.2.3, c de l'Accord institutionnel.

aux structures pour personnes âgées⁴⁸. Elles peuvent notamment fixer librement le prix que doivent déboursier les personnes âgées pour résider dans ces structures.⁴⁹

Le transfert des institutions pour personnes âgées est estimé à 2,9 milliards d'euros, ce qui constitue le quatrième budget de l'assurance soins de santé. Dans le détail, le transfert se monte à 2425 millions d'euros pour les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les centres de soins de court séjour ; 45,2 millions pour les hôpitaux gériatriques isolés ; et 165,8 millions pour les hôpitaux spécialisés isolés.⁵⁰

Ce transfert de compétences doit permettre une meilleure homogénéisation de la politique relative aux personnes âgées et doit surtout mettre fin à « l'émiettement qui existait avant la réforme de l'Etat lorsque diverses autorités avaient des compétences spécifiques qui pouvaient se chevaucher »⁵¹. A cet égard, lors de l'écriture de l'article 5 § 1^{er}, I, de la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, certains avaient déjà souligné le fait que la communautarisation des soins de santé allait rendre le paysage institutionnel complexe.⁵²

Aujourd'hui, l'article 5 § 1^{er} de la loi spéciale des réformes institutionnelles a été modifié par la loi du 6 janvier 2014 qui intègre les changements opérés dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat en matière de politique des personnes âgées de soins *long care*. Ainsi, dans la loi du 6 janvier 2014, les articles 6, 3^o et 6, 4^o prévoient que deviennent des matières personnalisables :

« 3^o la politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés;

4^o la politique de dispensation de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement;

5^o la politique de revalidation *long term care* ».

Nous constatons que les Communautés occupent une place centrale pour mener des politiques relatives aux institutions pour personnes âgées mais elles ont déjà attiré l'attention sur le fait

⁴⁸ *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n° 53-3201/4, p. 59.

⁴⁹ Voy. le point 3.2.3, c de l'Accord institutionnel.

⁵⁰ P. PALSTERMAN, *op. cit.*, p. 36.

⁵¹ *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n° 53-3201/4, p.59.

⁵² Projet de loi spéciale de réformes institutionnelles ; Rapport fait au nom de la Commission de révision de la Constitution et des réformes institutionnelles par M. ANDRE et Mme PETRY. *Doc. parl.*, Sénat, 15 juillet 1980, n° 434/2, p. 55.

que le financement qu'elles perçoivent est insuffisant pour assurer leurs nouvelles compétences relatives aux structures pour personnes âgées et surtout faire face au vieillissement de la population. Pour pouvoir exercer leurs nouvelles compétences, les Communautés doivent donc elles-mêmes trouver de l'argent en augmentant par exemple leurs recettes. Les Communautés doivent aussi réussir à mener leurs politiques relatives aux personnes âgées tout en gardant à l'esprit qu'elles sont obligées de suivre une politique d'austérité et de limiter de façon drastique leurs dépenses publiques.⁵³

L'Accord institutionnel a prévu la communautarisation des structures pour personnes âgées et d'un certain nombre de conventions de revalidation. Les conventions de revalidation sont un instrument ayant pour but de fixer le prix des prestations de santé afin de déterminer l'intervention de l'assurance soins de santé.⁵⁴ Les conventions donnent lieu à des remboursements par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Le financement des structures accueillant les personnes âgées repose essentiellement sur l'intervention de l'INAMI, de sorte que de telles conventions sont indispensables. L'INAMI accorde un financement par institution calculé sur la base d'une allocation forfaitaire pour la personne âgée résidant en maison de repos. Cette allocation forfaitaire couvre un paquet de soins comprenant les soins médicaux, l'assistance dans les gestes de la vie quotidienne, les prestations de logopédie, tout acte de réactivation et une liste de matériel de soins.

La communautarisation des conventions de revalidation aboutit à un morcellement de la sécurité sociale entre plusieurs autorités compétentes et à une incohérence du panel de prestations sociales auxquelles ont droit les personnes âgées. En effet, les personnes âgées bénéficient d'une allocation forfaitaire de la part de l'INAMI et qui est fondée sur les conventions de revalidation de la compétence de la Communauté, mais, d'autre part, elles bénéficient de pension ou de complément de pension comme la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) qui sont de la compétence de l'Autorité fédérale⁵⁵. Nous sommes donc en droit de nous demander si les personnes âgées comprennent ce système qui pourtant leur est totalement destiné.⁵⁶

⁵³ P. JOASSART, « maisons de repos », *dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, op. cit., pp. 539 et 540.

⁵⁴ J-F. FUNCK, *droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006, pp. 256 et 257.

⁵⁵ V. DE GREEF, op. cit., p. 438 à 440.

⁵⁶ Nous reviendrons sur cette problématique dans le chapitre 3 du Titre III.

D) Les soins de santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est « un état complet de bien être physique, mental et social qui n'est pas uniquement conçu comme l'absence de maladie ou d'invalidité ». Les soins de santé mentale sont donc les soins qui permettent ou aident une personne à parvenir à « un équilibre entre les différents aspects de sa vie ».⁵⁷

En Belgique, il existe différents secteurs de santé mentale pouvant offrir de tels soins. Nous pouvons citer les hôpitaux psychiatriques (HP), les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (SPHG), les initiatives d'habitations protégées (IHP), les maisons de soins psychiatriques (MSP), les centres de santé mentale et les centres de réadaptation et d'insertion psycho-sociale.⁵⁸ Afin de répondre aux besoins de la population en matière de soins psychiatriques, il a paru essentiel que les différents secteurs offrant de tels soins collaborent entre eux et coordonnent leurs actions. Pour ce faire, le législateur a prévu l'instauration de plateformes de concertation en santé mentale dont les missions sont reprises dans un arrêté royal du 10 juillet 1990⁵⁹. Une des missions des plateformes de concertation est de coordonner les soins fournis dans les institutions avec ceux fournis en hôpital.

Dans l'Accord institutionnel, il est prévu que les Communautés deviennent compétentes en matière de maisons de soins psychiatriques (MSP) et d'initiative d'habitation protégées (IHP). Le montant de ce transfert s'élève à 2,1 millions pour les plateformes de santé mentale, 120,5 millions pour les maisons de soins psychiatriques et 52,5 millions pour les initiatives d'habitation protégée.⁶⁰ Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux restent dans le giron de l'Autorité fédérale.⁶¹

Les Communautés deviennent compétentes pour toute la politique de dispensation de soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux.

⁵⁷ Plate-forme des professionnels de la santé, http://www.plateforme-psysm.be/index.php?option=com_content&view=article&id=3:definition-de-la-sante-mentale&catid=9:le-champ-de-la-sante-mentale&Itemid=2, consulté le 17 juin 2016 à 14h01.

⁵⁸ Direction générale de l'organisation des établissements de soins - service comptabilité et gestion des hôpitaux, « Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique », novembre 2011, p. 15, disponible sur http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisation_et_financement_soins_psy.compressed.pdf

⁵⁹ AR fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques du 10 juillet 1990, MB. 26 juillet 1990, p. 14707.

⁶⁰ P. PALSTERMAN, *op. cit.*, p. 38.

⁶¹ Voy. le nouvel art. 5 § 1^{er}, I, al 1^{er}, 1^o de la L. spéc. de réformes institutionnelles du 8 août 1980.

Elles peuvent donc définir les règles de la programmation, les normes d'agrément et les règles de financement forfaitaire.

Il faut néanmoins relever que restent à charge de l'INAMI - et donc de la compétence fédérale - les prestations de santé individuelles fournies par un professionnel de la santé à un particulier sur la base de son libre choix et en dehors de l'institution dans laquelle il se trouve. On distingue donc les prestations collectives s'inscrivant dans le fonctionnement des institutions et couvertes par un financement forfaitaire relevant de la compétence des Communautés, des prestations individuelles faisant l'objet d'un remboursement par l'INAMI et restant de la compétence de l'Autorité fédérale.

Il est important de mentionner que la politique relative aux soins de santé mentale à domicile reste de la compétence du fédéral, et ce même si le patient reçoit des soins à domicile dans le cadre d'un traitement ambulatoire décidé par un établissement de soins psychiatriques. Les établissements d'internement restent également de la compétence de l'Autorité fédérale.⁶²

E) L'éducation sanitaire et la médecine préventive

Avant la sixième réforme de l'Etat, les Communautés étaient déjà compétentes en vertu de l'article 5 § 1^{er}, I, al. 1^{er}, 2^o de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 pour l'éducation sanitaire et pour les activités de médecine préventive à l'exception des mesures prophylactiques nationales, soit de la prévention, comme les campagnes de dépistage ou de vaccination qui étaient menées par l'Autorité fédérale. La compétence de l'autorité fédérale en matière de prévention était une compétence résiduelle.⁶³

L'Accord institutionnel a prévu que les entités fédérées reçoivent les compétences relatives à la prévention et donc qu'elles peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles en matière de prévention. Au cas où les actes de prévention supposent la participation de prestataires de soins (en faisant par exemple du dépistage), il est prévu que leurs actes peuvent être remboursés par l'INAMI grâce à la conclusion d'accords (qui peuvent être asymétriques). En

⁶² *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n°5-2232/5, p. 243.

⁶³ A-S. RENSON, « soins de santé » *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat, op. cit.*, p. 816.

outre, les Communautés disposent des moyens que le fédéral affectait à la politique de prévention et du Fonds de lutte contre les assuétudes.⁶⁴

Le but de ce transfert de compétences est de permettre que seules les Communautés mènent des politiques en matière de prévention et prennent le contrôle de matières qui jusque là étaient exercées par l'Autorité fédérale au titre de compétences résiduelles. L'Autorité fédérale avait pris des initiatives de prévention en matière de santé publique, en matière de campagne de vaccination et de dépistage, pour le plan national nutrition et santé, pour l'hygiène dentaire dans les écoles, pour le sevrage tabagique, et pour le Fonds de lutte contre les assuétudes. Ce transfert permet une meilleure cohérence des politiques relatives aux préventions.⁶⁵

L'article 6, 8° de la loi du 6 janvier 2014 inscrit les changements prévus par l'Accord dans la législation en modifiant l'article 5 § 1^{er} de la loi spéciale de réformes institutionnelles, de sorte que deviennent des matières personnalisables : « l' éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive ». Il faut néanmoins mentionner que l'Autorité fédérale reste compétente pour les mesures prophylactiques nationales et pour la politique de crise dans le cas où des mesures urgentes devraient être prises en cas de pandémie.⁶⁶

F) L'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions de soins de santé de première ligne

Les soins de santé de première ligne représentent « le niveau de soins de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé, que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même⁶⁷ ». Les soins de santé de première ligne sont donc les soins de santé courants tels que le suivi médical, les visites du médecin traitant, les séances de kinésithérapie, les soins infirmiers (pansements, injections, etc.) dispensés par des professionnels des soins de santé tels que les médecins traitants, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les aides-soignants,... Les soins de santé de

⁶⁴ Voy. le point 3.2.3, e de l'Accord institutionnel.

⁶⁵ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1.

⁶⁶ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1.

⁶⁷ Protocole du 25 juillet 2001 entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne, *MB* 25 septembre 2001, p. 32082.

première ligne se distinguent des soins de santé de deuxième ligne, comme par exemple les soins palliatifs.

Déjà avant la sixième réforme de l'Etat, les Communautés étaient compétentes pour l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien des métiers de la santé de première ligne, mais cette compétence devait s'articuler avec celles de l'Autorité fédérale en matière d'assurance maladie-invalidité qui remboursait une partie des actes posés par les prestataires de soins de première ligne.⁶⁸

L'Accord institutionnel a prévu le transfert des compétences relatives au soutien aux métiers de la santé de première ligne et l'organisation des soins de première ligne, de sorte que les entités fédérées deviennent, par exemple, compétentes pour les cercles de médecine généraliste, les Réseaux Locaux Multidisciplinaires (R.L.M.), et les services intégrés de soins à domicile (S.I.S.D.).⁶⁹

Les principes prévus dans l'Accord institutionnel ont été mis en œuvre par l'article 6, 6° de la loi spéciale du 6 janvier 2014, qui modifie l'article 5 § 1^{er} de la loi spéciale du 8 août 1980 en prévoyant que deviennent des matières personnalisables : « l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne; »

G) La politique relative aux soins palliatifs

Les soins de santé palliatifs sont des soins de seconde ligne et sont « des soins apportés au patient atteint d'une maladie grave dont la fin de vie est proche. Ces soins interviennent lorsque les thérapies curatives sont inefficaces, c'est-à dire lorsque la médecine ne peut plus guérir le malade ». Ces soins ont donc pour but de procurer un accompagnement global et multidisciplinaire au malade, de soulager ses douleurs et d'améliorer sa qualité de vie, de lui apporter un soutien psychologique,...⁷⁰

⁶⁸ A-S RENSON, « soins de santé », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat, op. cit.*, p. 509.

⁶⁹ Voy. le point 2.2.3, f de l'Accord institutionnel.

⁷⁰ Union nationale des mutualités socialistes, « Les soins palliatifs : oser en parler », brochure disponible sur <http://www.solidaris-liege.be/servlet/Repository/les-soins-palliatifs.pdf?IDR=10636>, consultée le 20 juin 2016 à 14h17.

L'Accord institutionnel a prévu le transfert aux entités fédérées des réseaux palliatifs et des équipes multidisciplinaires palliatives.⁷¹ Les travaux préparatoires ont repris ce principe en prévoyant que ces matières relèvent de la compétence des Communautés.⁷²

H) La politique relative à l'agrément des professionnels des soins de santé

L'Accord institutionnel a prévu que les entités fédérées deviennent compétentes pour agréer les prestataires de soins mais qu'elles doivent respecter les conditions d'agrément qui sont déterminées par l'Autorité fédérale. Afin de mener une politique cohérente dans cette matière, l'Accord a prévu que l'Autorité fédérale et les entités fédérées doivent conclure un accord de coopération.⁷³

Les travaux préparatoires énoncent que seule l'Autorité fédérale est compétente pour établir les normes d'agrément, identiques dans toute la Belgique et donc que les entités fédérées doivent respecter ces normes pour agréer des prestataires de soins ; il ne leur appartient pas de compléter ces normes ou d'en édicter de nouvelles. A cet égard, les entités fédérées reçoivent en réalité une compétence d'exécution ; elles peuvent appliquer les conditions d'agrément fédérales afin de mener une politique adaptée à leurs besoins.⁷⁴

Le nouvel article 5 § 1^{er}, I, al. 1, 7°, a de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 intègre les changements prévus et donc l'agrément des professions de soins de santé, dans le respect des conditions d'agrément déterminées par l'Autorité fédérale, qui devient une matière personnalisable.

I) La politique relative au contingentement des professions de soins de santé

L'Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat a prévu qu'un accord de coopération entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées doit régler les modalités de contingentement

⁷¹ Voy. le point 3.2.3, f de l'Accord institutionnel.

⁷² *Doc. parl.* Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1.

⁷³ Voy. le point 3.2.4 de l'Accord institutionnel.

⁷⁴ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 47.

des métiers de la santé et que les Communautés deviennent compétentes pour définir les sous-quotas des métiers de la santé.⁷⁵

Selon les travaux préparatoires de la loi spéciale du 6 janvier 2014, les Communautés deviennent compétentes pour fixer les sous-quotas pour le port d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière. Le fait d'octroyer aux Communautés la compétence de définir les sous-quotas des métiers de la santé leur permet de planifier l'offre médicale en fonction des besoins de leur communauté et surtout d'homogénéiser la politique de santé. L'Autorité fédérale reste compétente pour déterminer le nombre global maximum de candidats ayant accès à chaque profession des soins de santé annuellement, mais, au sein de ces nombres, les Communautés peuvent déterminer des sous-quotas par spécialité (art pharmaceutique, kinésithérapie, art infirmier, sage-femme, etc.). Comme les compétences des Communautés et de l'Autorité fédérale sont liées entre elles, il est prévu que celles-ci peuvent conclure un accord de coopération sur la base de l'article 92bis § 1^{er} de la loi du 8 août 1980, afin notamment d'échanger des informations relatives au contingentement des professions de soins de santé.⁷⁶

Le nouvel article 5 § 1^{er}, 7^o, b) de la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 intègre les changements prévus en matière de contingentement des professions de soins de santé.

J) Le maximum à facturer

Le système du maximum à facturer (MAF) est un système permettant de plafonner des dépenses de soins de santé des ménages⁷⁷. Ce système permet à un ménage de bénéficier de la gratuité des soins une fois qu'au cours d'une année civile, la somme des tickets modérateurs qu'il a supportés pour ses soins de santé a atteint un montant déterminé⁷⁸. On distingue le MAF social dont le plafond s'élève à 450 €⁷⁹ du MAF « revenus » dont le plafond est déterminé en fonction des revenus du ménage⁸⁰.

⁷⁵ Voy. Le point 3.2.4 de l'Accord institutionnel.

⁷⁶ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2013-2014, n° 5-2232/1, p. 48.

⁷⁷ A-S. RENSON, *op. cit.*, p. 818.

⁷⁸ S. HOSTEAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, De Boeck, 2007, p. 135.

⁷⁹ L. coord. du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *MB* 27 août 1994, p. 21524, art. 37 octies.

⁸⁰ *Ibid.*, art. 37 undecies.

L'Accord institutionnel n'a rien prévu concernant le maximum à facturer mais la loi spéciale du 6 janvier 2014 prévoit le transfert des moyens financiers relatifs aux tickets modérateurs, tels que remboursés dans le cas du « maximum à facturer »⁸¹.

Le nouvel article 94 § 1^{er} *ter* de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 prévoit la mise en place d'un régime transitoire afin de garantir la continuité et la neutralité budgétaire du transfert de compétence pour le patient. Ce régime transitoire est d'application jusqu'au 31 décembre 2019 et prévoit que « l'Autorité fédérale reste chargée, contre rémunération, d'intégrer, de manière plafonnée, dans son maximum à facturer les interventions personnelles des bénéficiaires pour les prestations qui relèvent de la compétence des communautés, sauf si la ou les Communautés ou la Commission communautaire commune en décident autrement »⁸². Ce régime transitoire permet que la situation du patient ne se dégrade pas à cause de la réforme⁸³.

⁸¹ A-S. RENSON, *op. cit.*, p. 818.

⁸² Art. 94 § 1^{er} *ter* de la L. spéc. du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *op. cit.*

⁸³ A-S RENSON, *op. cit.*, p. 818.

Titre III : Les problèmes et les conséquences liées à la communautarisation et à la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées suite à la sixième réforme de l'Etat

Introduction

Dans le cadre de ce titre, nous nous attarderons sur les conséquences liées à la communautarisation et à la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées pour la population. Les entités fédérées deviennent compétentes pour des matières comme les soins de première ligne, les conventions de rééducation fonctionnelle, la politique de prévention et de dépistage, l'allocation pour l'aide aux personnes handicapées, la politique des personnes âgées (maison de repos, etc.), les soins de santé mentale, les normes d'agrément dans les hôpitaux, etc. Ce transfert de compétence n'est pas sans conséquence sur la population qui fait face à un système nouvellement organisé. Ainsi, elle doit s'accommoder aux politiques menées par les entités fédérées et surtout au budget dont celles-ci disposent pour mener à bien ces politiques. Le citoyen belge est le premier concerné par cette réforme et les changements qu'elle apporte.

Ce qui nous intéresse de connaître et que nous analyserons, ce sont les conséquences de la communautarisation et de la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées pour la population. Nous nous demandons si le fait pour les entités fédérées d'être compétentes pour ces matières les poussera à adopter des normes et à mener des politiques qui auront pour conséquence que les citoyens seront traités différemment selon la région où ils vivent. Dans les cas où les politiques menées par les entités fédérées créent effectivement une différence de traitement entre les citoyens, nous analyserons si cette différence de traitement est contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution et, si cette contrariété existe, nous nous demanderons si elle est justifiable. Enfin, toujours en termes de conséquences sur la population, nous nous demandons si la répartition des compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes handicapées n'est pas incohérente et surtout si elle n'engendre pas un système complexe et difficilement compréhensible pour le citoyen qui n'est pas un professionnel du droit.

Chapitre I : la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées vont créer une différence de traitement pour les citoyens selon la région où ils vivent.

Méthode et point de départ.

Nous sommes partis de l'hypothèse que la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées allaient créer une différence de traitement entre les citoyens en fonction de la région où ils vivent.

Afin de vérifier la pertinence de cette hypothèse, nous analyserons la manière dont les entités fédérées souhaitent mettre en œuvre les compétences relatives aux soins de santé et de l'aide aux personnes dans les années à venir et, à cette fin, nous nous baserons sur les déclarations de politique des différentes entités fédérées. Ces déclarations vont nous permettre de connaître les intentions politiques des entités concernant les soins de santé et l'aide aux personnes. Comme les compétences relatives aux soins de santé n'ont été transférées qu'en 2014, les entités fédérées n'ont pas encore eu vraiment l'occasion de mener des politiques de fond dans ces matières ; elles sont encore au stade où elles appréhendent ces matières et où elles réfléchissent à la manière dont elles vont mettre en œuvre leurs nouvelles compétences.

A côté de l'analyse des déclarations politiques, nous nous attarderons sur les moyens financiers dont vont disposer les entités fédérées pour mettre en œuvre leurs nouvelles compétences, ainsi que sur la manière dont sont répartis ces moyens entre entités. A cet égard, nous prenons comme référence la loi spéciale du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des Communautés et des Régions, élargissement de l'autonomie fiscale des Régions et financement des nouvelles compétences⁸⁴, qui modifie la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions⁸⁵.

Afin de rendre ce chapitre plus compréhensible, nous allons poser le principe que les citoyens qui vivent dans des régions différentes sont dans une situation comparable de sorte qu'il faut

⁸⁴ L. spéc. du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des Communautés et des Régions, élargissement de l'autonomie fiscale des Régions et financement des nouvelles compétences, *op. cit.*

⁸⁵ L. spéc. du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, *op. cit.*

leur appliquer un traitement identique. Partir de ce principe nous permet de faire comprendre la pertinence de l'analyse des déclarations de politique et surtout de comprendre pourquoi nous avons comparé celles-ci. Si, au terme de notre analyse, nous constatons que les entités fédérées ont des intentions politiques différentes, de sorte que les droits reconnus aux citoyens ne sont pas identiques, nous concluons dans un premier temps qu'il y a effectivement une différence de traitement entre les citoyens. Si *a contrario*, nous constatons que les intentions politiques des entités sont semblables de sorte que les citoyens jouiront des mêmes droits, nous concluons qu'il n'y a pas de différence de traitement. Au cas où il n'y aurait pas de différence de traitement, nous envisagerons quand même l'hypothèse où celle-ci pourrait survenir dans les années à venir lorsque les entités mèneront des politiques relatives à leurs nouvelles matières.

Cette façon de procéder nous permettra d'aborder le chapitre 2 dans lequel nous analyserons si, effectivement, les citoyens qui vivent dans des régions différentes sont dans une situation comparable, de sorte qu'ils doivent jouir de droits identiques, et donc si le principe d'égalité contenu dans les articles 10 et 11 de la Constitution s'applique à ceux-ci.

Section 1 : L'exercice des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées au sein des entités fédérées

§ 1^{er} La Communauté française

A) Le transfert intra-francophone de compétences

La Communauté française est compétente pour les matières personnalisables, soit les matières relatives à la santé et à l'aide aux personnes en vertu de l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. Néanmoins, en vertu d'un mécanisme prévu à l'article 138 de la Constitution, les compétences de la Communauté française relatives à l'aide aux personnes et à la santé peuvent être exercées par la Région wallonne et la Commission communautaire française. L'article 138 de la Constitution est une disposition insérée suite à la révision de la Constitution décidée par l'Accord de la Saint-Michel conclu le 28 septembre 1992 entre les présidents des partis de la majorité au niveau national et qui prévoyait une

révision de la Constitution afin de modifier les structures de l'Etat, des Communautés et des Régions dans le but de faire de la Belgique un Etat fédéral⁸⁶ et de permettre à la Région wallonne et à la Commission communautaire française d'exercer les compétences de la Communauté française (Art. 138 de la Constitution). En outre, cet Accord prévoyait le transfert de compétences de l'Etat fédéral vers les Régions et les Communautés ainsi que le transfert des budgets liés à l'exercice de ces compétences transférées, et une amélioration du financement des Communautés grâce à une augmentation de leur dotation à l'impôt des personnes physiques (I.P.P.) et son adaptation à la croissance du produit intérieur brut (P.I.B.). La mise en œuvre de cet accord s'est faite par la révision de la Constitution, la loi spéciale du 16 juillet 1993 visant à achever la structure de l'Etat fédéral⁸⁷ et la loi ordinaire du 16 juillet 1993 visant à achever la structure de l'Etat fédéral^{88 89}.

Le transfert de l'exercice des compétences de la Communauté française vers la Région de langue française et vers la Commission communautaire française a été organisé par l'Accord de la Saint-Quentin conclu par les partis francophones le 31 octobre 1992. En 1993, une série de neuf décrets sont adoptés : ils prévoient les matières qui sont exercées par la Région wallonne et la Commission communautaire française. Parmi les matières transférées figurent par exemple le tourisme⁹⁰, la promotion sociale⁹¹, la politique de santé visée à l'article 5 § 1^{er}, I de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 sous réserve de plusieurs exceptions⁹², et l'aide aux personnes visées à l'article 5 § 1^{er}, II de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 sous réserve de certaines exceptions⁹³. Le décret prévoit que, dans ces matières, la Région et la Commission ont les mêmes compétences que celles attribuées à la Communauté et peuvent donc, par exemple, conclure des accords de coopération⁹⁴.

⁸⁶ En Belgique, le processus de fédéralisation a commencé en 1970 mais ce n'est qu'en 1993 que la notion d'Etat fédéral a été introduite dans la Constitution.

⁸⁷ L. spéc. du 16 juillet 1993 visant à achever la structure de l'Etat fédéral, *MB.* 20 juillet 1993, p. 16774.

⁸⁸ L. du 16 juillet 1993 visant à achever la structure de l'Etat fédéral, *MB.* 20 juillet 1993, p. 16838.

⁸⁹ Vocabulaire du CRISP, "Accord de la Saint-Michel", disponible sur <http://www.vocabulairepolitique.be/accord-de-la-saint-michel/>, consulté le 28 juin 2016 à 14h31.

⁹⁰ Décret II du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la commission communautaire française, *MB.* 10 septembre 1993, p. 19981., Art. 3, 2°

⁹¹ *Ibid.*, art. 3, 3°.

⁹² *Ibid.*, art. 3, 6°.

⁹³ *Ibid.*, art. 3, 7°.

⁹⁴ *Ibid.*, art. 4, 1°.

Suite à la sixième réforme de l'Etat et au transfert de compétences relatives à la sécurité sociale aux Communautés, les partis francophones ont à nouveau fait application de l'article 138 de la Constitution et ont conclu l' Accord de la Saint-Emile⁹⁵ afin que les nouvelles compétences attribuées à la Communauté française soient gérées par la Région wallonne et par la Commission communautaire commune.

Ce transfert de compétences intra-francophone permet de décharger la Communauté française de ses nouvelles compétences relatives aux aspects communautarisés de la sécurité sociale au profit de la Région wallonne et de la Commission communautaire française. La Communauté française conserve l'essentiel de ses compétences culturelles et d'enseignement mais est déchargée d'une grande partie de ses compétences personnalisables, sauf les politiques relatives à la justice, à l'enseignement et à la petite enfance⁹⁶. Concrètement, le transfert des compétences de la Communauté s'est fait grâce à trois décrets conclus en avril 2014⁹⁷.

En matière de soins de santé et d'aide aux personnes, la Région wallonne et la Commission communautaire française se sont vues attribuées l'essentiel des compétences de la Communauté française. Néanmoins, la Communauté française conserve une compétence complète en matière de contingentement et d'agrément des professions de soins de santé⁹⁸, et une compétence partielle en ce qui concerne la prévention en lien avec la matière de l'enseignement et la politique de la petite enfance⁹⁹, les hôpitaux universitaires¹⁰⁰, les conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux universitaires¹⁰¹.

⁹⁵ L'Accord de la Saint-Emile est intitulé "Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales », il a été conclu entre le PS, Ecolo, le cdh et le MR le 19 septembre 2013.

⁹⁶ F. BELLEFLAMME et autres, « La sixième réforme de l'Etat : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis ? », *J.T.*, 2015, pp 141 et 142.

⁹⁷ Décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *MB.* 25 juin 2014, p. 47862 ; Décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *MB.* 25 juin 2014, p. 47907 ; Décret wallon du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *MB.* 12 mai 2014, p. 38398.

⁹⁸ Décret du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.* 12 mai 2014, p. 38398, art. 3, 6°, d).

⁹⁹ *Ibid.*, art. 3, 6°, e).

¹⁰⁰ *Ibid.*, art. 3, 6°, a).

¹⁰¹ *Ibid.*, art. 3, 6°, b).

B) La mise en œuvre des compétences en Communauté française

Afin de voir la manière dont la Communauté française mettra en œuvre les politiques relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées dans les années à venir, nous nous sommes basée sur sa déclaration de politique communautaire pour la période de 2014 à 2019¹⁰².

Concernant les compétences relatives à la politique hospitalière et plus particulièrement les politiques relatives aux infrastructures hospitalières universitaires et à la fixation de normes d'agrément des hôpitaux universitaires, la Communauté française entend poursuivre dans la continuité des politiques déjà menées et entend privilégier la concertation avec les acteurs concernés.¹⁰³

La Communauté est compétente pour le financement des bâtiments et des équipements des hôpitaux universitaires, elle entend mener une politique à long terme en analysant la situation actuelle de l'offre hospitalière par rapport aux besoins de la population et, en fonction de cette analyse, elle mettra en place un plan de construction ; elle agira en tenant compte des politiques menées dans ce domaine par les autorités bruxelloise et wallonne afin que son plan soit compatible avec le plan de construction de la Wallonie et de Bruxelles (qui sont compétentes pour les hôpitaux non universitaires). La Communauté française met l'accent sur la nécessité de collaborer avec les autres entités, le but étant de mener des politiques cohérentes entre elles.¹⁰⁴

La Communauté française montre également un intérêt pour la qualité des soins apportés aux patients et veut à cette fin « promouvoir le développement et la mise en œuvre des démarches d'amélioration continue de la qualité ». Elle souhaite également être attentive à l'évolution de l'offre de lits et à l'évolution des besoins de la population¹⁰⁵.

Dans sa note de politique, la Communauté française précise que « le gouvernement continuera à investir dans des politiques ambitieuses tout en faisant preuve de rigueur et de

¹⁰² Déclaration de politique communautaire de la Communauté française, « Fédérer pour réussir », disponible à l'adresse <http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?id=dpc2014-2019>

¹⁰³ *Ibid.*, p. 32

¹⁰⁴ *Ibid.*, pp. 32 et 33.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 33.

responsabilité »¹⁰⁶. La Communauté française accorde beaucoup d'importance à ces principes afin de revenir à un équilibre budgétaire. Elle instaure différents mécanisme afin de contrôler son budget : par exemple elle met en place un comité de *monitoring* chargé du suivi des exercices budgétaires et de la préparation des projections budgétaires. La Communauté française est très rigoureuse quant à ses finances et c'est l'état de celles-ci qui déterminera les travaux du gouvernement.¹⁰⁷

Nous constatons que nous sommes ici dans une vision davantage économique que sociale car la Communauté française va mener ses politiques relatives à la santé, tout comme les autres politiques, en tenant compte des principes d'assainissement des finances publiques, de rigueur et de responsabilité dans la gestion du budget. Le problème est que nous avons le sentiment que la Communauté française fait du contrôle du budget sa priorité et que ce contrôle rigoureux l'empêchera de mener toutes les politiques qu'elle souhaite, avec pour conséquence qu'elle devra choisir entre privilégier l'emploi, la culture, l'enseignement, le sport, la santé, ... Qui nous garantit que la santé ne sera pas perdante dans ces choix ? Nous constatons déjà que, dans sa note de politique, la Communauté française accorde beaucoup d'importance aux politiques de l'emploi, ce qui peut supposer - mais nous restons prudents dans nos propos - que la santé sera souspondérée.

§ 2 La Région wallonne

A) Les compétences reçues de la Communauté française

Comme dit *supra*, par suite de l'Accord de la Saint-Emile et de trois décrets de transfert, la Région wallonne a hérité de certaines compétences de la Communauté française. Par le passé et suite à trois décrets de 1993, la Région wallonne avait déjà reçu des compétences de la Communauté française ; nous ne revenons pas sur ces décrets puisqu'ils ont été remplacés par ceux de 2014.

Parmi ces compétences, il y en a certaines qui lui ont été intégralement transférées. Nous retrouvons les compétences relatives aux institutions de soins de santé mentale autres que les hôpitaux, aux institutions de soins pour personnes âgées et aux services isolés de revalidation

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 69.

¹⁰⁷ *Ibid.*, pp. 69 et 70.

et de traitement, à l'agrément et au financement forfaitaire de ces institutions (alors qu'auparavant il était pris en charge par l'Autorité fédérale dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité), à la programmation, à l'organisation des soins de santé de première ligne, au soutien aux professions des soins de santé de première ligne, à l'allocation d'aide pour personnes handicapées (A.P.A.), et à certaines aides à la mobilité.¹⁰⁸

A côté des compétences intégralement transférées, figurent des compétences partiellement transférées. Il s'agit des compétences relatives à la politique hospitalière, à la politique *long term care*, à la politique relative à une série de conventions de rééducation, à la politique relative à la prévention en matière de santé. Les compétences partiellement transférées sont des compétences qui, sur certains aspects, sont exercées par la Région wallonne et la COCOF mais qui, sur d'autres aspects, sont exercées par la Communauté française. Par exemple, concernant la politique hospitalière, la Communauté française demeure compétente pour les hôpitaux universitaires tandis que la Région wallonne et la COCOF sont compétentes pour les hôpitaux qui ne répondent pas à la définition d'hôpital universitaire ; concernant la politique préventive, la Région wallonne et la COCOF ont une compétence de principe pour la prévention sanitaire tandis que la Communauté française est compétente pour les aspects de la prévention en lien avec la matière de l'enseignement et la politique de la petite enfance.¹⁰⁹

B) L'exercice des compétences en Région wallonne

Afin de comprendre la manière dont la Région wallonne mettra en œuvre ses compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées, nous nous sommes basés sur la déclaration de politique de la Région wallonne pour la période de 2014 à 2019.

En Région wallonne, la déclaration de politique a prévu la création d'un organisme d'intérêt public (O.I.P.) wallon chargé de gérer les compétences relatives à la santé, aux personnes âgées et aux personnes handicapées en Wallonie. Les organes de gestion de cet organisme associent les acteurs des secteurs concernés par les politiques relatives à la santé, aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Comme acteurs concernés, nous retrouvons, entre autres, les mutualités, les interlocuteurs sociaux interprofessionnels. La note de politique

¹⁰⁸ M. DEKLEERMAKER & LOSSEAU, " Les transferts de compétences intrafrancophone en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'Etat ", *Rev. b. sec. soc.*, 2ème trimestre, 2015, pp. 448 et 449.

¹⁰⁹ *Ibid.*, pp. 449 et 450.

prévoit également la création de deux comités de gestion thématiques dont l'un chargé de la santé et des personnes âgées, et l'autre chargé des personnes handicapées, ainsi que la création de commissions spécifiques sur lesquelles les comités de gestions pourront s'appuyer. Le rôle des commissions spécifiques est d'être sur le terrain et de comprendre les réalités locales, elles donnent ensuite leurs avis aux organes de gestion.¹¹⁰

Comme nous le constatons dans sa déclaration de politique, la Région wallonne a véritablement mis l'accent sur la collaboration entre les organes de gestion, les acteurs concernés par les politiques, les comités de gestion thématiques et les commissions spécifiques. Nous ne pouvons qu'approuver cette manière de procéder car nous pensons que la concertation est primordiale et indispensable pour mener des politiques cohérentes et en phase avec la réalité.

L'O.I.P. wallon, si prometteur, a vu le jour suite au décret de la Région wallonne du 3 décembre 2015¹¹¹. L'article 6 de ce décret prévoit l'insertion d'un article 2 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé¹¹² et consacre la création de « l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles ». Cette agence, qui est appelée AVIQ, soit Agence pour une Vie de Qualité, gère les compétences relatives à la santé, au bien-être, à l'accompagnement des personnes âgées, au handicap et aux allocations familiales ; elle est la seule à gérer les politiques relatives à ces matières en vue de garantir leur cohérence.¹¹³

Dans sa déclaration de politique relative à la législature 2014-2019, le gouvernement wallon accorde de l'importance à la prévention et à la lutte contre les assuétudes (drogues, alcool)¹¹⁴ et à la promotion du don d'organes¹¹⁵. Pour les personnes dépendantes à la drogue, le gouvernement souhaite mettre en place un accompagnement en logement supervisé après le passage en cure de désintoxication. Concernant le don d'organes, le gouvernement met l'accent sur la promotion via des campagnes de sensibilisation.

¹¹⁰ Déclaration de politique de la Région wallonne, p. 39.

¹¹¹ Décret du 3 décembre 2015, relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, *M.B.* 14 décembre 2015, p. 73673.

¹¹² Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 4 juillet 2013, *M.B.* 30 août 2013, p. 57116, *Errat. M.B.* 24 septembre 2014, p. 67240.

¹¹³ A cet égard, vous pouvez consulter les missions de l'AVIQ à l'adresse <https://www.aviq.be/mission.html>

¹¹⁴ Déclaration de politique de la Région wallonne, p. 42.

¹¹⁵ *Ibid.*

Le gouvernement wallon souhaite favoriser le travail du médecin généraliste, encourager les médecins à s'établir dans des zones de pénurie et soutenir les initiatives de pratiques médicales groupées (centres médicaux). L'objectif est d'inciter les patients à s'adresser en premier lieu à un médecin généraliste ou à un praticien de la première ligne de soins en cas de problème de santé.¹¹⁶ En effet, il est de plus en plus fréquent que le patient se tourne directement vers les urgences d'un hôpital ou vers un médecin spécialiste avant de consulter son médecin traitant ; cette façon de procéder provoque l'engorgement des urgences hospitalières et un coût pour l'INAMI chargé de rembourser les prestations de soins effectuées dans les hôpitaux.

Dans sa déclaration de politique, nous constatons que le gouvernement wallon accorde beaucoup d'importance aux politiques relatives aux personnes âgées mais nous avons le sentiment que cet intérêt est davantage suscité par le souhait de faire des économies plutôt que par le bien-être des personnes âgées. En effet, le gouvernement wallon souhaite limiter le recours aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins en favorisant les soins à domicile ou les alternatives comme les centres de jour ; il considère que les places en institutions doivent être réservées aux personnes les plus dépendantes car le recours aux institutions est coûteux pour la collectivité.¹¹⁷ En soi, nous savons tous pertinemment que les personnes âgées sont très attachées à leur lieu de vie, de sorte qu'elles préfèrent rester le plus longtemps possible chez elle, et que lorsqu'elles choisissent d'aller en maison de repos, c'est qu'elles ne sont plus capables d'être indépendantes au quotidien et qu'elles ont réellement besoin de l'aide que le personnel d'une maison de repos peut leur apporter : nous considérons que le gouvernement wallon ne prend pas en compte cette réalité, qui fait que, déjà à l'heure actuelle, les personnes âgées qui recourent aux maisons de repos sont dans une situation de dépendance. Il est illusoire de croire que les soins à domicile et les centres de jour procurent le même confort et la même sécurité qu'une maison de repos, surtout si la personne âgée a besoin d'un accompagnement, d'une surveillance ou même d'une simple présence pour la rassurer 24h/24.

Le gouvernement wallon accorde énormément d'importance à la situation des personnes handicapées. A cet effet, il veut développer les politiques relatives à l'accueil et à la scolarisation des personnes handicapées, mettre sur pied un plan 'accessibilité' pour que ces

¹¹⁶*Ibid.*, pp. 41 et 42.

¹¹⁷*Ibid.*, pp. 46 à 48.

personnes puissent accéder plus facilement aux lieux publics, soutenir les familles en mettant en place des groupes d'écoute et développer des 'services de répit', créer des alternatives à l'hébergement en institution en favorisant l'autonomie des personnes handicapées. Le gouvernement souhaite mettre en place un plan 'autisme', tout comme en Flandre et à Bruxelles.¹¹⁸

§ 3 La Région de Bruxelles-Capitale

A) Le transfert intra-francophone des compétences : de la Communauté française à la Commission communautaire francophone et de la Commission communautaire francophone à la Commission communautaire commune

La Commission communautaire commune (COCOM) est une des trois commissions communautaires prévues par la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises¹¹⁹. Elle est compétente sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale à l'égard des institutions qui ne relèvent ni de la Communauté flamande, ni de la Communauté française. Elle édicte des ordonnances dans les matières personnalisables comme la santé et l'aide aux personnes.¹²⁰

Suite à l'Accord de la Saint-Emile, certaines compétences de la Communauté française ont été transférées à la Commission communautaire francophone (COCOF), soit la commission compétente sur le territoire de Bruxelles-capitale, à l'égard des institutions qui relèvent de la Communauté française. Néanmoins, les auteurs de l'Accord ont en réalité manifesté le souhait que les compétences transférées à la COCOF soient exercées par la COCOM car c'est cette entité fédérée qui a reçu l'essentiel des moyens financiers destinés aux nouvelles compétences communautaires dans les matières de la santé et de l'aide aux personnes. L'exercice des compétences par la COCOM se présentait comme la solution la plus adéquate pour éviter l'instauration de sous-nationalités à Bruxelles.¹²¹

En effet, s'il avait été décidé de transférer les compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes à la Commission communautaire francophone, d'une part, et à la Commission communautaire néerlandophone d'autre part, il aurait fallu pouvoir rattacher chaque citoyen

¹¹⁸ *Ibid.*, pp. 44 et 45.

¹¹⁹ L. spéc. du 12 janvier 1989 relatives aux institutions bruxelloises, *MB*. 14 janvier 1989, *Errat. MB* 16 mars 1989, p. 667.

¹²⁰ P. BLAISE, J. FANIEL et C. SAGESSER, *op. cit.*, pp. 62 et 63.

¹²¹ M. DEKLEERMAKER & L. LOSSEAU, *op. cit.*, pp. 451 et 452.

bruxellois à l'une ou l'autre Commission et donc instaurer des sous-nationalités à Bruxelles. Un citoyen bruxellois aurait alors été classé soit dans la catégorie « francophone » soit dans la catégorie « néerlandophone ». Selon quel critère pouvait-on considérer qu'une personne est un bruxellois francophone ou un bruxellois néerlandophone ? Le critère de la langue n'a pas de sens car Bruxelles-capitale est une région multiculturelle dans laquelle de très nombreuses langues autres que le néerlandais et le français sont parlées. De plus, de nombreuses personnes parlent les deux langues à Bruxelles sans être attachées exclusivement à l'une ou à l'autre. Aurait-il fallu opter pour un système où chaque citoyen peut choisir la Commission à laquelle il veut être rattaché et donc autoriser le « *forum shopping* » ? Ce système ne semblait pas acceptable en raison de l'insécurité et de l'absence de prévisibilité qu'il aurait engendré pour les entités ; il n'aurait pas permis de déterminer le budget à octroyer à chaque Commission puisqu'il y aurait eu absence de critère objectif.

En plus d'éviter l'instauration de sous-nationalités à Bruxelles, l'attribution des compétences à la COCOM permet d'homogénéiser les politiques de santé et d'aide aux personnes de façon à ce que chaque bruxellois soit traité de la même manière.

B) L'exercice des compétences par la Commission communautaire commune

Afin de connaître les intentions de la COCOM dans les matières relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées, nous nous sommes basés sur la déclaration de politique de la Commission communautaire commune afin de comprendre sa vision pour la période de 2014 à 2019, et sur les documents¹²² existant sur le « Plan de santé bruxellois » dont la création est prévue dans la déclaration de politique.

Comme en Région wallonne, la commission communautaire commune a souhaité attribuer l'exercice des compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes à un organisme d'intérêt public (O.I.P.) à la gestion paritaire. Un accord du gouvernement bruxellois a consacré la création de l'O.I.P. bruxellois dépendant de la COCOM.¹²³ Comme pour l'O.I.P.

¹²² A cet égard, voy. le site du « Plan de santé bruxellois », disponible sur <https://gezondheidsplansante.wordpress.com/>. Le site contient divers documents utiles à la compréhension du plan de santé.

¹²³ Déclaration politique du Collège réuni de la Commission communautaire commune, pp. 2 et 3.

wallon, l'OIP bruxellois assurera la gestion des compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes avec les acteurs des secteurs concernés.¹²⁴

En matière de santé, la COCOM a, dès le début de la législature de 2014, souhaité mettre au point un plan de santé bruxellois devant s'appuyer sur les acteurs des secteurs de la santé. Les trois principaux objectifs du plan étaient « d'améliorer l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire bruxellois, de reprendre efficacement les compétences transférées suite à la sixième réforme de l'Etat, et enfin de créer une politique de santé cohérente sur le territoire de Bruxelles-Capitale ».¹²⁵

Le plan de santé bruxellois se doit d'être le reflet de la réalité du terrain afin de répondre efficacement aux besoins de la population en matière de santé. A cette fin, des concertations ont eu lieu avec les acteurs des secteurs de la santé (mutuelles, hôpitaux, médecins généralistes, associations, interlocuteurs sociaux, etc.) ; ces concertations ont été organisées en groupes de travail, formés par thématique (donc il y a eu, par exemple, un groupe de travail « soins palliatifs », un groupe de travail « santé mentale », un groupe de travail « patients hospitalisés », etc.). Ces groupes de travail ont rendu des rapports qui doivent permettre d'élaborer le plan de santé.¹²⁶

Normalement, le plan de santé devait voir le jour au cours de l'année de 2015 mais, en réalité, il est toujours en gestation et ne devrait voir le jour que fin 2016.¹²⁷ Les seuls textes dont nous disposons concernant ce plan sont la présentation au parlement le 10 octobre 2015 et les réponses des ministres compétents aux questions parlementaires.

En matière de santé, la COCOM accorde de l'importance à la prévention et plus particulièrement au dépistage du cancer et des infections sexuellement transmissibles, à la vaccination, à la tuberculose et aux assuétudes¹²⁸. Elle est la seule entité fédérée à marquer son intérêt pour la tuberculose mais, concernant les assuétudes, elle prévoit simplement un accompagnement de terrain sans prévoir des actions concrètes.

¹²⁴ M-H SALAH, « la nouvelles politique de santé bruxelloise », Bruxelles santé n° 75, septembre 2014, également disponible sur <http://www.questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/anciens-numeros/bs-75/la-nouvelle-politique-de-sante-bruxelloise>

¹²⁵ « Plan de santé bruxellois : la concertation démarre ! », 11 mai 2015 et mis à jour en juillet 2015, disponible sur <http://www.cbcs.be/Plan-de-Sante-Bruxellois-la>

¹²⁶ J. MORIAU, « plan santé bruxellois : fin de l'Acte I », conseil bruxellois de coordination sociopolitique, disponible sur le site <http://www.cbcs.be/Plan-Sante-Bruxellois-fin-de-I>, consulté le 13 juin à 16h10.

¹²⁷ Selon les dires du Docteur David Hercot qui suit la mise en place du plan et à qui nous avons posé la question.

¹²⁸ Présentation du plan de santé bruxellois au parlement le 10 octobre 2015, disponible sur <https://gezondheidsplansante.wordpress.com/documents-documenten/>

La COCOM accorde également de l'importance à la place du médecin traitant et souhaite permettre une concertation entre les praticiens de soins pour mieux organiser l'offre aux patients grâce à l'intégration d'une plate-forme de concertation.¹²⁹

La déclaration de politique montre clairement que la COCOM souhaite privilégier le recours aux soins à domicile et réduire le recours aux soins institutionnalisés (M.R.S., hôpitaux, maisons de soins psychiatriques,...). A cet effet, elle prévoit notamment de réduire la durée des hospitalisations et de mettre en place un nouveau régime d'agrément des structures de soins à domicile¹³⁰. Les autres entités fédérées n'envisagent pas, dans leurs déclarations de politique, de modifier la durée des hospitalisations et donc nous nous demandons si, pour une même pathologie, la durée d'hospitalisation sera la même à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie. Nous nous demandons également si réduire la durée des hospitalisations n'est pas une façon de faire passer le budget avant le bien-être du patient et dans quelle mesure le patient devra supporter le coût de ces soins à domicile. Par exemple, après une intervention chirurgicale, le patient reçoit tous les jours, à l'hôpital, la visite d'un médecin ; ces visites sont comprises dans le prix global du séjour et ne sont donc pas facturées distinctement. Si la durée des séjours est réduite, peut-être qu'après sa sortie, le patient devra faire appel à son médecin traitant, qui facturera ses honoraires. Le patient devra donc supporter les frais d'une visite qu'il n'aurait pas dû supporter s'il était resté hospitalisé.

Dans sa déclaration de politique ainsi que dans les documents dont nous disposons concernant le plan de santé, nous constatons que la question des personnes âgées a une très grande importance. Le but est de répondre aux besoins des personnes âgées en leur garantissant une offre adéquate de service, d'accueil et de soins et, à cette fin, la COCOM a prévu d'établir une programmation des politiques et des services pour les besoins spécifiques des personnes âgées. Comme grande nouveauté, la COCOM a prévu la création d'une assurance autonomie, comparable à celle qui existe en Flandre, afin d'encourager les personnes à recourir aux soins à domicile plutôt que de résider en institution pour personnes âgées¹³¹. La COCOM fait de la maladie d'Alzheimer une de ses priorités et envisage de créer un centre d'expertise spécialisé dans cette maladie.

Concernant l'aide aux personnes, la déclaration de politique a accordé une importance toute particulière aux personnes handicapées atteintes d'une maladie mentale. La COCOM a

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Déclaration de politique de la Commission communautaire commune, p. 8.

¹³¹ *Ibid.*, p. 12.

considéré qu'il fallait appuyer la création d'un plan national relatif au « double diagnostic », c'est-à-dire un plan relatif à la prise en charge de personnes handicapées souffrant également d'une maladie mentale. La COCOM a souhaité la mise en place d'une unité bilingue de lits hospitaliers en Région bruxelloise afin de traiter des adultes souffrant de double diagnostic de handicap.¹³² Nous constatons ici que la COCOM fait le lien entre les politiques qu'elle mène en matière de santé et les politiques qu'elle mène en matière d'aide aux personnes.

§ 4 La Communauté et la Région flamandes

Au nord du pays, le parlement et le gouvernement de la Communauté flamande exercent les compétences de la Communauté flamande et de la Région flamande ; la Région flamande n'a pas d'institutions propres, contrairement à la Région wallonne et à la Région de Bruxelles-Capitale.¹³³

Afin de connaître la manière dont les compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes handicapées seront exercées au nord, nous nous sommes basés sur la note politique du ministre compétent pour les matières relatives à l'aide aux personnes et aux soins de santé pour la période allant de 2014 à 2019.¹³⁴

De manière générale, le Ministre Jo Vandeurzen souhaite placer la santé au centre de toutes les politiques et souhaite collaborer avec d'autres ministres (comme par exemple le ministre compétent pour l'emploi), les acteurs du terrain et l'Autorité fédérale. Contrairement à Bruxelles et en Wallonie, l'exercice des compétences ne se fera pas par le biais d'un organisme d'intérêt public.

Comme les autres entités fédérées, les politiques relatives à la prévention et à la promotion de la santé occupent une importante place avec une attention accrue pour la prévention des I.S.T., des drogues, du cancer, des fractures chez les personnes âgées et de l'alimentation.¹³⁵

¹³² *Ibid.*, p. 13.

¹³³ P. BLAISE, J. FANIEL, C. SAGESSER, *op. cit.*, p. 51.

¹³⁴ Note de politique de Monsieur JO VANDEURZEN, ministre flamand du bien-être, de la santé publique et de la famille, pour la législature 2014-2019, « Welzijn, volkgezondheid en gezin », disponible sur <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgesondheid-en-gezin>

¹³⁵ Déclaration de politique du ministre flamand du bien-être, de la santé et de la famille, pp. 13 et 16.

Dans sa note de politique, Jo Vandeurzen prévoit de fournir des soins de santé et d'aide de qualité, adaptés à chaque personne, en tenant compte de sa spécificité. Il veut ainsi proposer aux personnes handicapées des soins et de l'aide en fonction de leur handicap, de leur degré d'autonomie, de leur contexte environnemental et de l'aide apportée par l'entourage¹³⁶. Pour les personnes atteintes de maladies ou de troubles mentaux, il souhaite axer sa politique sur la détection précoce afin de permettre d'orienter les patients le plus rapidement possible vers des soins appropriés et des spécialistes adéquats¹³⁷. Concernant les soins à domicile, qui sont encouragés, il insiste sur la nécessité de garantir leur flexibilité en proposant aux patients des soins adaptés à leurs besoins, leur permettant ainsi de jouir de soins la nuit, le soir ou le week-end¹³⁸.

Concernant les politiques relatives aux personnes âgées, l'accent est mis, comme pour les autres entités fédérées, sur le maintien à domicile avec des soins adaptés aux besoins. La note politique nous apprend également qu'un nouveau plan de financement des services résidentiels sera mis en place afin de s'adapter au budget disponible.¹³⁹

Concernant les personnes handicapées, le ministre rappelle que la Flandre a déjà beaucoup investi dans les soins et l'aide aux personnes mais qu'il souhaite continuer dans cette voie et modifier le système en investissant davantage. A cet égard, il souhaite mettre en place des actions de soutien, travailler en collaboration avec le ministre de la mobilité, favoriser le maintien des personnes dans leur milieu de vie et surtout agir de façon ciblée pour que chaque personne reçoive l'aide dont elle a besoin. Il est également prévu d'investir dans les centres de court séjour et d'apporter une aide aux aidants pour leur permettre de 'souffler'. Nous constatons que la Flandre souhaite faire des politiques relatives aux personnes handicapées une priorité et prévoit d'investir dans ce secteur. La Flandre prévoit également un plan 'autisme'.¹⁴⁰

¹³⁶ *Ibid.*, p. 24

¹³⁷ *Ibid.*, pp. 31 et 32.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 30.

¹³⁹ *Ibid.*, pp. 29 et 30

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 27.

Section 2 : Le financement des entités fédérées

Afin de permettre aux entités fédérées de gérer correctement leurs nouvelles compétences, le législateur a adopté la loi spéciale du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des Communautés et des Régions, élargissement de l'autonomie fiscale des Régions et financement des nouvelles compétences, qui modifie la loi de financement du 16 janvier 1989. Cette loi attribue, à partir de 2015, des dotations aux entités fédérées afin que celles-ci puissent gérer les compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes sans s'appauvrir. En matière de sécurité sociale, le transfert de compétences représente environ 15 % du budget total de la sécurité sociale, ce qui n'est pas rien.¹⁴¹

Malgré l'octroi de nouveaux moyens financiers aux entités fédérées, il est prévu que les entités fédérées doivent participer à l'effort budgétaire imposé à l'Etat belge par l'Union européenne, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur moyens financiers et ce qui pourrait les empêcher de mener les politiques prévues dans leur déclaration pour la législature 2014-2019. Ceci explique sans doute les raisons pour lesquelles, dans leurs notes de politique, les entités fédérées sont très soucieuses du budget et n'hésitent pas à dire que certaines politiques seront menées si et seulement si le budget le permet ; à cet égard, nous avons néanmoins remarqué que, de manière générale, le ministre flamand compétent pour la santé et l'aide aux personnes semble un peu moins soucieux de la question budgétaire que les ministres des autres entités fédérées. Selon un tableau¹⁴² reprenant l'évolution des dépenses relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes, nous constatons que les dépenses des entités augmenteront dans les années à venir si celles-ci continuent à mener leurs politiques comme elles le font actuellement. Le problème, en pratique, est qu'on se demande comment les entités fédérées vont faire face à ces augmentations de dépenses alors qu'en même temps elles doivent participer à l'assainissement des finances publiques et donc réduire leurs dépenses. Nous nous demandons donc comment, dans ces circonstances, les Communautés et les Régions vont réussir à mener leurs politiques respectives telles qu'elles le prévoient dans leurs notes de politique alors qu'elles doivent faire des économies.

¹⁴¹ I. CLERBOIS, et autres, « La 6^{ème} réforme de l'Etat : modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire », M. DEJARDIN, R. DESCHAMPS, P. KESTENS, M. MIGNOLET, R. PLASMAN et I. TOJEROW (éd.), *La 6^{ème} réforme de l'Etat : modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire*, Cahier économique de Bruxelles, numéro spécial, Vol. 57, printemps-été 2014, pp. 7 & 8.

¹⁴² Voir le tableau accompagné d'une note explicative en annexes.

Concernant les dotations attribuées aux entités fédérées, elles sont calculées selon une clef de répartition démographique, soit selon la population résidant dans chaque entité ; par exemple, pour les services isolés de revalidation et de traitement, l'article 50 de la loi spéciale de 6 janvier 2014 prévoit que la Communauté flamande reçoit 472.033.613 euros, la Communauté française 257.732.297 euros et la Commission communautaire commune 128.644.410 euros. Cette façon de procéder est objective et ne crée pas de différence de traitement entre les citoyens selon la région où ils vivent.

Conclusion

Nous étions partis du présupposé que le transfert de compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées aux entités fédérées allait créer une différence de traitement entre les citoyens selon la région où ils vivent puisque désormais chaque entité peut mener de façon autonome ses politiques et édicter ses normes dans ces matières. Toutefois, au regard de l'analyse des déclarations de politique des différentes entités, nous constatons que celles-ci ont des intentions similaires quant à la conduite des politiques relatives à l'aide aux personnes et à la santé. Elles montrent clairement toutes leur intérêt pour les matières relatives aux personnes handicapées, aux personnes âgées, à la prévention et aux soins de santé mentale, tandis que des matières comme les soins palliatifs ou les conventions de revalidation semblent être moins importantes à leurs yeux ; c'est en tous cas l'impression que nous avons en parcourant les déclarations de politique. Les entités fédérées sont favorables à des recours moins fréquents et systématiques aux institutions de soins comme les hôpitaux, les maisons de repos où les institutions de soins psychiatriques, et encouragent le recours aux soins à domicile pour les patients.

L'octroi des dotations aux entités se fait selon une clef de répartition démographique, ce qui constitue un critère objectif ; une entité n'est pas plus favorisée qu'une autre et donc, à nouveau, nous ne pouvons pas non plus conclure à une différence de traitement entre les citoyens.

Nous avons posé comme principe que des citoyens vivant dans des régions différentes étaient dans une situation comparable, de sorte qu'il fallait leur appliquer une égalité de traitement. Même si les déclarations de politique ne montrent pas d'intention de différence de traitement,

nous n'excluons pas que, dans les années à venir, la mise en œuvre de politiques par les entités puisse aboutir à l'octroi de droits différents aux citoyens. Dans le chapitre suivant, nous analyserons cette hypothèse et verrons si, effectivement, les citoyens de régions différentes sont dans une situation comparable de sorte que le principe d'égalité des articles 10 et 11 de la Constitution doive leur être appliqué.

Chapitre 2 : La différence de traitement est contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution et ce traitement différencié n'est pas justifiable.

Méthode et point de départ

Nous avons vu que les déclarations de politique des entités fédérées ne reflétaient aucune intention de différence de traitement entre les citoyens. Néanmoins, dans le cadre de ce chapitre, nous allons émettre l'hypothèse que cela n'est pas le cas ou qu'à l'avenir, la mise en œuvre concrète des politiques ne conférera pas des droits identiques aux citoyens de régions différentes, de sorte qu'il y aura une différence de traitement entre ceux-ci, cette différence de traitement étant contraire au principe d'égalité contenu dans les articles 10 et 11 de la Constitution.

Nous allons donc analyser les articles 10 et 11 de la Constitution et tenter de comprendre leur portée à travers notamment la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, ancienne Cour d'arbitrage. Cette analyse nous permettra de comprendre la portée du principe d'égalité et de savoir si ce principe s'applique effectivement entre citoyens ne résidant pas dans la même entité fédérée. Nous verrons donc si deux citoyens de régions différentes sont considérés comme étant dans une situation comparable de sorte qu'on doive leur appliquer le même traitement.

Au cas où nous concluons qu'effectivement deux citoyens de régions différentes sont dans une situation comparable, nous examinerons si la différence de traitement qui pourrait survenir suite à la mise en œuvre des politiques par les entités est justifiée.

Section 1 : Les articles 10 et 11 de la Constitution et le principe d'égalité

Les articles 10 et 11 de la Constitution, anciens articles 6 et 6bis, énoncent des droits fondamentaux pour les citoyens.¹⁴³ Ainsi, l'article 10 prévoit que « Les Belges sont égaux devant la loi » et l'article 11 prévoit que « La jouissance des droits et libertés reconnus aux Belges, doit être assurée sans discrimination. A cette fin, la loi et le décret garantissent notamment les droits et libertés des minorités idéologiques et philosophiques. ».

A la lecture de ces dispositions, il semblerait que l'article 10 ait une portée générale alors que l'article 11 a une portée davantage spécifique en ce qu'il ne vise que les droits et libertés des minorités idéologiques et philosophiques. Néanmoins, en pratique, la Cour d'arbitrage, ou Cour constitutionnelle, n'a jamais opéré de distinction entre les deux articles et les invoque très souvent ensemble, de sorte que la portée de ces dispositions s'étend à tous les droits et libertés reconnus aux Belges.¹⁴⁴

Dans son premier arrêt rendu en la matière, la Cour d'arbitrage a édicté sa propre définition du principe d'égalité et a déclaré que : « Les règles constitutionnelles de l'égalité des Belges et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie selon certaines catégories de personnes pour autant que le critère de différenciation soit susceptible de justification objective et raisonnable. L'existence d'une telle justification doit s'apprécier par rapport aux buts et aux effets de la mesure considérée ; le principe d'égalité est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé. »¹⁴⁵. La Cour a rappelé à plusieurs reprises cette définition du principe d'égalité dans sa jurisprudence ultérieure.¹⁴⁶

Le principe d'égalité présente deux dimensions. Premièrement, il interdit que des personnes qui se trouvent dans une situation identique soient traitées différemment et, deuxièmement, il

¹⁴³ M. VERDUSSEN, *Justice constitutionnelle*, Bruxelles, Larcier, 2012, p. 96.

¹⁴⁴ A. WILQUET, « La Cour d'arbitrage et le principe d'égalité », Institut professionnel des comptables et fiscalistes agréés, n° 112 du 15 janvier 2002 et mis à jour le 11 août 2005, disponible sur <http://www.ipcf.be/Index.asp?Idx=1440>

¹⁴⁵ C.A., 13 juillet 1989, n° 21/89, disponible sur <http://www.const-court.be/>

¹⁴⁶ A cet égard, voy. : C.A. 13 octobre 1989, n° 23/89, disponible sur <http://www.const-court.be/>, p. 18386 ; C.A. 16 octobre 1991, n° 27/91, disponible sur <http://www.const-court.be/> ; C.A. 16 octobre 1991, n° 26/91, *F.J.F* 1991, p. 463.

interdit que des personnes qui se trouvent dans une situation différente soient traitées de la même façon.¹⁴⁷

Au regard de ces éléments, il convient de se demander si des personnes résidant dans des régions différentes se trouvent dans une situation identique, de sorte qu'il faille leur appliquer le même traitement ; cette question fait l'objet de notre prochaine section.

Section 2 : L'obligation de se trouver dans une situation identique

Le principe d'égalité s'applique uniquement aux personnes placées dans une même situation et, à cet effet, il convient de se demander si deux personnes qui résident dans des régions différentes sont effectivement dans une situation identique. Il aurait pu paraître logique qu'un citoyen sollicitant en Région flamande l'octroi d'une allocation d'aide aux personnes âgées (A.P.A.) bénéficie des mêmes conditions d'octroi et donc des mêmes droits que le citoyen qui sollicite cette même allocation en Région wallonne, mais affirmer cela ne reviendrait-il pas à nier la spécificité de notre Etat fédéral et surtout l'autonomie des entités fédérées ?

La Cour d'arbitrage a résolu cette question dans un arrêt du 10 octobre 1991¹⁴⁸. Dans cette affaire, les demandeurs réclamaient la suspension du décret de la Communauté flamande du 7 novembre 1990 portant organisation et agrément des radios locales au motif que ce décret était contraire aux articles 6 et 6bis de la Constitution puisque ce décret imposait aux radios flamandes certaines obligations qui n'étaient imposées ni aux radios francophones ni aux radios bruxelloises. Les demandeurs argumentaient qu'il y avait discrimination entre les radios locales flamandes et les radios francophones et bruxelloises. Dans cet arrêt, la Cour a déclaré que : « l'autonomie que ces dispositions confère aux Communautés implique que des politiques différentes puissent être poursuivies par les différents législateurs décretsaux concernés. Cette autonomie n'aurait pas de portée si le seul fait qu'il existe des différences de traitement entre les destinataires des règles s'appliquant de part et d'autre à une même matière était jugée contraire aux articles 6 et 6bis de la Constitution. La comparaison que les requérants font entre les normes émanant des deux communautés en matière de radio locale n'est pas juridiquement pertinente »¹⁴⁹. Par ces propos, la Cour a donc considéré que le

¹⁴⁷ A. WILQUET, *op. cit.*

¹⁴⁸ C.A. 10 octobre 1991, n° 25/91, disponible sur <http://www.const-court.be/>

¹⁴⁹ *Ibid.*, point B.4 de l'arrêt.

principe d'égalité n'était pas applicable entre citoyens d'entités fédérées différentes lorsque celles-ci leur octroient des droits différents dans les matières pour lesquelles elles sont compétentes. On considère que des citoyens qui résident dans des régions différentes ne sont pas comparables, de sorte qu'il ne faut pas leur octroyer des droits identiques.

Section 3 : Une différence de traitement injustifiée

Comme nous l'avons vu, les articles 10 et 11 de la Constitution prévoient que les Belges doivent être traités sans aucune distinction ni discrimination. Ce principe s'applique à tous les droits reconnus aux Belges.¹⁵⁰ Néanmoins, une différence de traitement peut être établie pour certaines catégories de personnes à condition que le critère de différenciation soit susceptible de justification objective et raisonnable, le critère de justification devant s'apprécier par rapport au but et aux effets de la norme.¹⁵¹

Dans l'hypothèse où nos analyses nous auraient conduits au constat que communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes allait créer une différence de traitement contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution, nous aurions cherché à savoir si cette différence de traitement était justifiée mais nous avons ici décidé de tenir pour acquis l'arrêt de la Cour d'Arbitrage du 10 octobre 1991, qui déclare que le principe d'égalité n'est pas applicable entre personnes d'entités fédérées différentes par le fait même de l'autonomie dont ces dernières jouissent et qui leur permet de mener leurs propres politique, et de ne pas persévérer dans cette analyse car elle pourrait paraître facétieuse.

Section 4 : Le rapprochement des politiques menées en Wallonie et à Bruxelles

Nous pouvons tirer comme enseignement de l'arrêt de la Cour d'arbitrage que le principe d'égalité ne s'applique pas entre citoyens résidant dans des régions différentes, de sorte que les droits qui leurs sont reconnus peuvent ne pas être identiques. Un citoyen résidant en Région wallonne ne pourrait pas juridiquement argumenter qu'il est discriminé sous prétexte

¹⁵⁰ K. RIMANQUE, *De grondwet toegelicht, gewikt et gewogen*, Anvers-Groningen, Intersentia, 2004, p. 34.

¹⁵¹ La Cour d'arbitrage expose ce principe dans plusieurs arrêts et à cet égard voy. : C.A. 13 octobre 1989, n° 23/89, disponible sur <http://www.const-court.be/> ; C.A. 16 octobre 1991, n° 27/91, disponible sur <http://www.const-court.be/> ; C.A. 16 octobre 1991, n° 26/91, *F.J.F* 1991, p. 463.

que les droits qui lui sont reconnus sont moins favorables que ceux reconnus à un citoyen résidant en Région bruxelloise.

Néanmoins, nous constatons que les entités ont quand même manifesté le souhait de rapprocher leurs politiques afin de conférer aux citoyens de régions différentes des droits semblables dans les matières relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes. En effet, la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire commune ont conclu un accord de coopération-cadre posant ainsi « les jalons d'un système de gestion dit solidaire des compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes. »¹⁵².

L'accord de coopération conclu par ces entités fédérées met l'accent sur la « nécessité d'assurer la cohérence et la convergence des politiques menées par les différents acteurs institutionnels, sur la nécessité d'associer à la concertation les acteurs impliqués dans la matière des soins de santé et de l'aide aux personnes et sur la nécessité de mener des politiques relatives à ces deux matières en adéquation avec les normes en vigueur au sein des entités fédérées »¹⁵³. Le but de cet accord est que les entités fédérées se concertent avant d'édicter des normes et de mener des politiques relatives à la santé et à l'aide aux personnes.

L'accord de coopération impose également à la Communauté française, à la Région wallonne et à la COCOF d'exercer leurs compétences en respectant une liste de principes communs parmi lesquels nous retrouvons la cohérence et la transversalité de la politique de santé, des aînés et des personnes handicapées ou encore l'accès le plus large et le plus similaire possible aux prestations pour tous les citoyens.¹⁵⁴ Ces principes sont rédigés de manière très large afin de laisser une marge de manœuvre aux entités fédérées dans la conduite de leurs politiques.¹⁵⁵

Conclusion

Nous étions partis du présupposé que la différence de traitement engendrée par la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées était contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution et que cette différence était

¹⁵² M. DEKLEERMAKER & L. LOSSEAU, *op. cit.*, 458.

¹⁵³ Voy. les motifs de l' Accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières, *MB*. 19 juin 2014, p. 39945.

¹⁵⁴ Accord de coopération - cadre du 27 février 2014, art. 2

¹⁵⁵ M. DEKLEERMAKER & LOSSEAU, *op. cit.*, p. 460.

injustifiée. Nous pensions que des citoyens, même s'ils résident dans des régions différentes, se trouvaient dans une situation comparable, de sorte qu'il fallait leur appliquer le même traitement. En déclarant que « des politiques différentes peuvent être poursuivies par les différentes législatures décentralisées en raison de l'autonomie conférée aux communautés¹⁵⁶ », la Cour d'arbitrage admet qu'il est possible que des citoyens d'entités différentes ne jouissent pas de droits identiques dans une même matière et donc rejette l'idée d'une discrimination entre citoyens dans ces cas là. L'autonomie dont jouissent les Communautés et les Régions leur permet d'édicter des normes dans les matières qui leur ont été attribuées et ces normes peuvent octroyer des droits différents aux citoyens. Au sud du pays, les entités fédérées ont quand même manifesté le souhait de rapprocher leurs politiques afin de limiter les risques de divergences qui pourraient survenir et qui seraient préjudiciables au citoyen. A l'origine, nous pensions que le principe d'égalité entre citoyens de régions différentes devait être respecté mais nous devons admettre que nous avons tort et que donc notre hypothèse de départ ne se vérifie pas.

Chapitre 3 : La communautarisation et la régionalisation vont créer une incohérence dans l'organisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées et vont complexifier le système avec des conséquences néfastes pour la conduite de politiques relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes.

Méthode et point de départ

Nous savons déjà que les notes de politiques des entités fédérées nous montrent qu'il n'y a pas d'intention de différence de traitement entre les citoyens selon la région où ils vivent et qu'il faut attendre encore quelques années pour voir comment concrètement les entités fédérées vont mettre en œuvre leurs nouvelles compétences.

Ce qui nous intéresse ici, c'est de savoir si les citoyens, qui sont face à un régime de santé et d'aide aux personnes nouvellement organisé, ne vont pas être confrontés à un système complexe et incohérent dans lequel tout le monde se perd. Le citoyen va-t-il comprendre l'articulation des compétences entre les entités fédérées et l'Autorité fédérale ? Va-t-il

¹⁵⁶ C.A., 10 octobre 1991, n° 25/91, point B.4, disponible sur <http://www.const-court.be/>

comprendre qu'à Bruxelles, il peut y avoir une réglementation tout à fait différente de celle en Wallonie ? Va-t-il comprendre que son même problème de santé peut-être traité différemment selon qu'il habite en Wallonie ou à Bruxelles ? Les Communautés et les Régions sont désormais compétentes pour édicter des normes dans les matières relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes, ce qui signifie que, dans un avenir proche, il pourrait y avoir des réglementations différentes pour un même problème de santé ou une même demande d'aide.

Nous pensons que le transfert de certaines compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes aux Régions et aux Communautés rend le système incohérent et incompréhensible. Tenter de comprendre la manière dont sont réparties les compétences relève d'un véritable casse-tête pour une personne qui s'intéresse à la façon dont est organisé le système. Pour comprendre cette problématique, nous pouvons partir d'un exemple concret :

Une personne de plus de 65 ans vivant à Bruxelles, devient handicapée suite à un accident et peut donc bénéficier d'une allocation d'aide pour personne âgée (A.P.A.). Cette personne souhaite solliciter l'allocation à laquelle elle a droit. Anciennement, cette allocation était de la compétence de l'Autorité fédérale ; suite à la sixième réforme de l'Etat, elle est de la compétence de la Communauté française mais, suite au transfert intra-francophone de compétences, elle est de la compétence de la Région wallonne et de la COCOF ; les auteurs de l'Accord de la Saint-Emile ont en réalité décidé que ce ne serait pas la COCOF qui exercerait les compétences de la Communauté française, mais bien la COCOM.

Nous constatons, à la suite de cet exemple, que comprendre le système n'est vraiment pas évident. La sixième réforme de l'Etat transfère certains pans de la sécurité sociale aux entités fédérées alors que d'autres restent dans le giron de l'Etat fédéral. Déjà en 1980, les soins de santé et l'aide aux personnes avaient été partiellement communautarisés et, lors de la rédaction de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, certains avaient déjà souligné le fait que la communautarisation des soins de santé et de l'aide aux personnes allait complexifier le paysage institutionnel¹⁵⁷. La sixième réforme de l'Etat est, à notre sens, un pas de plus vers un système complexe et difficilement compréhensible pour la population.

¹⁵⁷ P. JOASSART, « maisons de repos », *dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, op. cit., p. 531.

Au sein de ce chapitre, nous examinerons, dans la section 1, le cas du transfert intra-francophone de compétences avec la répartition des compétences et du budget alloué à celles-ci entre la Communauté française, la COCOF et la COCOM, et, dans la section 2, nous examinerons la répartition des compétences relatives aux infrastructures pour personnes âgées entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées. Le but est de vérifier si le système de répartition des compétences est incohérent et complexe ou non.

Section 1 : Le transfert intra-francophone de compétences : une répartition des compétences et de budget complexe et incohérente avec des conséquences néfastes pour la population ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'Accord de la Saint-Emile adopté par les partis francophones a prévu que la Région wallonne et la Commission communautaire française exercent certaines compétences de la Communauté française. L'Accord de la Saint-Emile a été concrétisé par trois décrets adoptés en 2014, qui nous permettent de savoir exactement quelles compétences sont transférées et quelles compétences restent dans le giron de la Communauté française.

Les matières personnalisables de la Communauté française peuvent être classées en trois catégories différentes¹⁵⁸. Nous avons, premièrement, les matières qui restent de la compétence de la Communauté française et qui donc sont exercées par celle-ci. Ensuite, nous avons les matières qui sont intégralement transférées à la Région wallonne et à la COCOF, sur lesquelles la Communauté française n'a plus aucun pouvoir. Enfin, nous avons une troisième catégorie de compétences qui, sur certains aspects, sont exercées par la Communauté française mais qui, sur d'autres aspects, sont exercées par la Région wallonne et la COCOF. C'est cette dernière catégorie qui nous semble être la plus problématique car nous pensons que l'exercice d'une seule et même compétence, même si c'est sur des aspects différents, par deux entités fédérées complexifie le système, avec pour conséquence de le rendre difficilement compréhensible pour le citoyen.

¹⁵⁸ L'idée de classer les matières en trois catégories différentes vient de M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, pp. 448 et svt. Nous avons repris cette classification pour sa clarté et surtout parce qu'elle permet une bonne synthèse de la répartition des compétences entre la Communauté française, d'une part, et la Région wallonne et la COCOF, d'autre part.

Afin d'illustrer notre propos, nous constatons, par exemple, que la Communauté française demeure compétente à l'égard des hôpitaux universitaires tandis que la Région wallonne et la COCOF sont compétentes à l'égard des hôpitaux qui ne répondent pas à la définition « d'hôpital universitaire »¹⁵⁹. Concernant la politique dite de *long term care* (ou soins de longue durée), elle a été transférée à la Région wallonne et à la Commission communautaire francophone, mais sous réserve des conventions conclues avec les hôpitaux universitaires, qui restent de la compétence de la Communauté française¹⁶⁰. Nous avons l'impression d'être face à un éclatement de l'exercice des compétences alors qu'il nous aurait paru plus cohérent que les compétences relatives au financement des infrastructures hospitalières et des services médico-techniques et les compétences relatives aux soins *long term care* ne soient pas « découpées » et qu'elles soient soit transférées en totalité à la Région wallonne et à la COCOF, soit qu'elles restent entre les mains de la Communauté française.

La Communauté française a transféré certaines de ses compétences à la Région wallonne et à la COCOF sans pour autant transférer l'ensemble du budget destiné à celles-ci, de sorte qu'il y a un décalage entre le transfert des matières et le transfert des moyens financiers alloués à celles-ci. Cela signifie concrètement que la Région wallonne va devoir elle-même trouver le budget nécessaire pour exercer et mettre en œuvre des politiques relatives à ces matières.¹⁶¹ Nous nous demandons donc quelles méthodes la Région wallonne va utiliser pour trouver le budget nécessaire à la conduite de politiques relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes, sachant que le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter¹⁶² et que ces personnes ont besoin de soins médicaux et d'aide. Nous pensons donc que, si la Région wallonne ne trouve pas le moyen de compenser le manque de moyens financiers engendré par le décalage entre le transfert de budget et le transfert de compétences, elle ne pourra pas mener correctement ses politiques relatives à l'aide aux personnes et aux soins de santé et que cela causera du tort à la population et en particulier aux personnes âgées puisque leur nombre ne cesse d'augmenter. A l'heure actuelle, il est trop tôt pour connaître la méthode que la Région wallonne utilisera pour combler le déficit dans son budget mais ne serait-elle pas tentée de réduire tout simplement les dépenses liées aux soins de santé et à l'aide aux personnes ? Si tel est le cas, il va de soi que cela aura un impact non négligeable sur les

¹⁵⁹ Décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *op. cit.*, art. 3, 6°, a).

¹⁶⁰ *Ibid.*, art. 3, 6°, b).

¹⁶¹ B.BAYENET et G. PAGANO, *Le financement des entités fédérées dans l'Accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011*, *Courrier hebdomadaire du CRISP* n° 2013/15 (n° 2180 - 2181), p. 61.

¹⁶² A cet égard, voir annexes.

citoyens. En matière de soins de santé, si, en Région wallonne, le financement public n'est plus suffisant, on risque de s'orienter vers une privatisation avec comme conséquence que les citoyens devront déboursier des primes d'assurance pour avoir des soins de santé de qualité ou même seulement convenables. Nous pensons que ce problème se serait moins posé si la Communauté française avait transféré l'ensemble du budget affecté aux matières qu'elle a transférées. Ce transfert des moyens financiers nous aurait paru plus cohérent et aurait permis à la Région wallonne de disposer de l'ensemble du budget originellement alloué aux matières héritées afin de mener pleinement les politiques qu'elle souhaite. Dans nos propos, nous ne voudrions pas faire croire que le fait pour la Communauté française de garder une partie des moyens financiers n'est pas légitime car il est certain qu'elle investira ces moyens financiers dans d'autres politiques : nous disons simplement que le fait de ne pas transférer ces moyens financiers complexifie le système et rend la conduite de politiques par la Région wallonne plus délicate.

Comme nous le constatons, le transfert intra-francophone de compétences aurait pu être réalisé de manière plus cohérente afin de rendre le système moins complexe. Le fait de ne pas transférer la totalité du budget alloué aux compétences est susceptible d'engendrer des impacts négatifs puisque la Région wallonne ne pourra sans doute pas mener ses politiques comme elle le souhaite. Le manque de moyens financiers amènera la Région wallonne à devoir choisir de mener des politiques dans une matière plutôt qu'une autre. Au regard de ces éléments, nous voyons bien que le système est très complexe.

Section 2 : La répartition des compétences relatives aux personnes âgées entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées : l'homogénéisation des compétences ou un démembrement de la sécurité sociale incohérent et inconstitutionnel ?

Suite à la sixième réforme de l'Etat, les entités fédérées sont « devenues les interlocuteurs principaux des personnes âgées¹⁶³ ». La loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat a prévu que les entités fédérées deviennent compétentes pour les institutions pour personnes âgées et pour une partie de l'assurance soins de santé et indemnités, en ce qu'elle prend financièrement en charge les personnes qui transitent ou qui résident dans des

¹⁶³ P. JOASSART, « maisons de repos », *op. cit.*, p. 523.

établissements pour personnes âgées¹⁶⁴. Le transfert de ces compétences aux entités fédérées avait normalement pour objectif de rendre le système plus cohérent et de « mettre fin à certaines guerres intestines qui existaient entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées »¹⁶⁵. En effet, depuis les réformes institutionnelles de 1980, « les Communautés étaient compétentes pour les matières personnalisables, dont la politique du troisième âge et la dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, tandis que l'Autorité fédérale était compétente pour le financement par l'assurance soins de santé et indemnités »¹⁶⁶, cette répartition de compétences avait pour conséquence de complexifier le système en rendant différents niveaux de pouvoirs compétents pour les soins de santé.¹⁶⁷ Le transfert de compétences relatives aux institutions pour personnes âgées et aux conventions de revalidation¹⁶⁸ doit permettre de simplifier le système et d'homogénéiser les politiques et donc en principe, la sixième réforme de l'Etat met fin à l'éclatement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir.¹⁶⁹

A côté de cette homogénéisation de compétences voulue par la sixième réforme de l'Etat, nous devons signaler que cette réforme provoque également un démembrement de la sécurité sociale puisqu'une partie de l'assurance-soins de santé et indemnités devient de la compétence des Communautés et non plus du fédéral.¹⁷⁰ Auparavant aucune réforme de l'Etat n'avait provoqué une fragmentation dans la sécurité sociale et, pour tout dire, le Constituant de 1980 souhaitait même que la sécurité sociale reste entre les mains de l'Autorité fédérale, de sorte que, pour communautariser une partie de celle-ci, il fallait réviser la Constitution.¹⁷¹

Le problème est que cette révision de la Constitution n'a pas eu lieu et, pour justifier cette absence de révision, le législateur spécial a déclaré que le transfert de compétences relatives à une partie de l'assurance-soins de santé et indemnités n'était pas de la sécurité sociale mais,

¹⁶⁴ V. DE GREEF, « les structures pour personnes âgées et la sixième réforme de l'Etat : *home sweet home* ? », *op. cit.*, p. 429.

¹⁶⁵ P. JOASSART, *op. cit.*, p. 529.

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ Pour rappel, les conventions de revalidation sont un instrument en droit social qui fixe le prix des prestations de santé pour déterminer l'intervention de l'assurance-soins de santé. Ces conventions donnent droit à des remboursements par l'INAMI et c'est donc en réalité grâce à ce mécanisme que sont financées les structures pour personnes âgées. L'INAMI accorde un financement par institution qui est calculé sur la base d'une allocation forfaitaire, qui couvre un paquet de soins, pour la personne admise en institution. Ces conventions de revalidation font partie de l'assurance-soins de santé et indemnités, qui est normalement une compétence de l'autorité fédérale.

¹⁶⁹ P. JOASSART, *op. cit.*, p. 529.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 526.

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 527.

au contraire, une matière personnalisable¹⁷². Le Conseil d'Etat a quant à lui justifié le transfert de compétences en déclarant que « la notion de matière personnalisable a été conçue dans une assez grande indétermination et que donc le législateur spécial dispose d'une large marge d'appréciation pour déterminer les matières pouvant être transférées en tant que matières personnalisables »¹⁷³. Nous nous interrogeons sur cette justification du législateur spécial et du Conseil d'Etat qui nous semble être un peu rapide. Selon nous, ce genre de justification est une manière d'ouvrir la porte à d'autres transferts de branches de la sécurité sociale sans réviser la Constitution. La notion de matière personnalisable semble également être une notion floue, ce qui engendre une certaine insécurité juridique.

Ce démembrement de la sécurité sociale provoque une incohérence des compétences et une « dés-homogénéisation du panel des prestations sociales auxquelles ont droit les personnes âgées »¹⁷⁴. En effet, la plupart des allocations pour personnes handicapées ou les pensions et compléments de pensions restent de la compétence de l'Autorité fédérale, tandis que les conventions de revalidations et les structures pour personnes âgées deviennent de la compétence des Communautés. Cette répartition des compétences entre différents niveaux de pouvoirs complexifie le système alors que le but de la sixième réforme de l'Etat et du transfert de certaines compétences relatives aux personnes âgées était de simplifier le système et d'homogénéiser les politiques.

Comme nous le constatons, l'homogénéisation des compétences relatives aux personnes âgées voulue par la sixième réforme de l'Etat est relative. Les personnes âgées vont se retrouver face à un système complexe et vont surtout être les premières à « subir » le démembrement de la sécurité sociale.¹⁷⁵

Ce qui nous intrigue également est que, malgré la volonté du Constituant de laisser la sécurité sociale entre les mains de l'Autorité fédérale, nous constatons que celle-ci se fragmente peu à peu entre les différents niveaux de pouvoirs. Nous nous demandons jusqu'où ira cette fragmentation et surtout si le fait d'octroyer aux entités fédérées des branches de la sécurité sociale n'est pas inconstitutionnel. Le fait de déclarer que les matières transférées aux

¹⁷² *Ibid.*, pp. 526 et 527.

¹⁷³ *Doc. parl.*, Sénat, sess.ord. 2013-2014, n° 5-2232/3, p. 12.

¹⁷⁴ V. DE GREEF, *op. cit.*, p. 439.

¹⁷⁵ P. JOASSART, *op. cit.*, p. 533.

Communautés sont des matières personnalisables nous semble être une façon de faire la sourde oreille à ceux qui critiquent ces transferts de compétences et leur constitutionnalité.

Conclusion

Au regard des éléments qui viennent d'être exposés, il semblerait que nous nous orientons vers un système de répartition des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes très complexe et difficilement compréhensible pour le citoyen. A cet égard, les auteurs que nous avons lus et sur lesquels nous nous sommes basés pour écrire notre chapitre, confirment nos craintes.

Conclusion finale

Réaliser notre travail de fin d'études sur la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées nous tenait particulièrement à cœur car c'est une matière qui touche la population dans son ensemble ; nous sommes en effet, tous susceptibles d'être confrontés à des problèmes de santé ou à un accident pour lesquels nous pourrions avoir besoin de soins médicaux ou d'aide.

Etudier la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées ne se résume pas à analyser des textes juridiques car la matière que nous avons traitée présente, avant tout, une dimension humaine importante. Le regard que nous avons porté sur le sujet est certes principalement juridique, mais il reflète également un intérêt pour notre société.

La question de recherche à laquelle nous avons tenté de répondre revêtait pour nous une importance cruciale. En effet, notre souhait était de comprendre si la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées, allaient engendrer une différence de traitement contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution entre citoyens de régions différentes, et, si cette communautarisation et cette régionalisation allaient rendre notre système de soins de santé et d'aide aux personnes complexe, incohérent et difficilement compréhensible pour le citoyen.

Grâce à notre travail, nous sommes en mesure de conclure que la réforme de ces matières ne crée pas de différence de traitement entre citoyens selon la région où ils vivent. Non seulement, nous avons constaté que les intentions politiques des différentes entités politiques sont semblables en ce qui concerne la conduite des politiques relatives à la santé et à l'aide, mais en plus, la Cour d'arbitrage a considéré il y a déjà bien longtemps, que le principe d'égalité contenu aux articles 10 et 11 de la Constitution ne s'appliquait pas entre personnes d'entités différentes et ce, en raison de l'autonomie dont celles-ci jouissent pour édicter des normes relatives aux compétences qu'elles détiennent. Nous pouvons donc dire que communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes ne créent pas de différence de traitement contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution entre citoyens de régions différentes.

Grâce à notre travail et aux écrits de plusieurs auteurs, nous sommes en mesure de constater que la communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes vont complexifier le système de santé et d'aide et le rendre difficilement compréhensible pour le citoyens. Une personne qui souhaite comprendre la manière dont sont réparties les compétences relatives à la santé et à l'aide aux personnes, en Belgique, est face à un véritable « casse-tête chinois ». Nous craignons que l'éclatement des compétences entre différentes entités mène à la conduite de politiques incohérentes entre elles, même si à cet égard, certaines entités fédérées ont conclu des accords de coopération afin de justement mener des politiques cohérentes entre elles ; les principes communs que les entités fédérées doivent suivre dans la conduite de leur politique sont malheureusement rédigés en des termes trop larges pour nous convaincre du contraire.

Le transfert de certaines branches de la sécurité sociale aux entités fédérée est historique et nous pousse à nous interroger sur la constitutionnalité de ces transferts de compétences puisque comme nous l'avons vu, ils ont été opérés sans révision de la Constitution, alors qu'une telle révision aurait du, nous semble-t-il, être opérée. La volonté du constituant de 1980 était que la sécurité sociale reste une compétence de l'Autorité fédérale et il s'avère que cette volonté n'a pas été respectée.

A nos yeux, ce travail représente bien plus que la réponse à une question de recherche théorique, il représente l'aboutissement d'un long questionnement sur les enjeux de la communautarisation et de la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat. Avant d'être un travail juridique, ce travail est celui de tout un questionnement aux dimensions variées.

Bibliographie

Législation

Constitution, lois et décrets

-)] Constitution coordonnée du 17 février 1994, *M.B.* 17 février 1994, p. 4054.
-)] Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.* 15 août 1980, p. 9434.
-)] Loi spéciale du 12 janvier 1989 relatives aux institutions bruxelloises, *M.B.* 14 janvier 1989, *Errat. M.B.* 16 mars 1989, p. 667.
-)] Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, *M.B.* 17 janvier 1989, p. 850.
-)] Loi spéciale du 16 juillet 1993 visant à achever la structure de l'Etat fédéral, *M.B.* 20 juillet 1993, p. 16774.
-)] Loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat, *M.B.* 31 janvier 2014, p. 8641.
-)] Loi spéciale du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des Communautés et des Régions, élargissement de l'autonomie fiscale des Régions et financement des nouvelles compétences, *M.B.* 31 janvier 2014, p. 8594.
-)] Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.* 27 août 1994, p. 21524.
-)] Loi ordinaire du 16 juillet 1993 visant à achever la structure de l'Etat fédéral, *M.B.* 20 juillet 1993, p. 16838.
-)] Décret II du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.* 10 septembre 1993, p. 19981.
-)] Décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.* 25 juin 2014, p. 47862.
-)] Décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.* 25 juin 2014, p. 47907.

- J Décret wallon du 11 avril 2014 relatifs aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.* 12 mai 2014, p. 38398
- J Décret du 3 décembre 2015, relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, *M.B.* 14 décembre 2015, p. 73673.

Arrêtés royaux

- J Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, *M.B.* 14 novembre 1967, p. 11881.
- J Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.* 26 juillet 1990, p. 14707.

Protocole

- J Protocole du 25 juillet 2001 entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne, *M.B.* 25 septembre 2001, p. 32082.

Accords

- J Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat du 11 octobre 2011
- J Accord de Gouvernement du 1^{er} décembre 2011
- J Accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières, *M.B.* 19 juin 2014, p.39945.

Code

- J Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé du 4 juillet 2013, *M.B.* 30 août 2013, p. 57116, *Errat.* *M.B.* 24 septembre 2014, p. 67240.

Documents parlementaires

Chambre des représentants

-) Doc. parl., Ch. repr. , sess. extr. 1988, n° 516/1
-) Doc. parl., Ch. repr., sess. 2001-2002, n° 1642/001,
-) Doc. parl., Ch. repr., sess. ord. 2013-2014, n° 53-3201/4

Sénat

-) Doc. parl., Sénat, 15 juillet 1980, n° 434/2
-) Doc. parl., Sénat, sess. ord., 2012-2013, n° 5-2232/1
-) Doc. parl., Sénat, sess. ord. 2012-2013, n° 5-2232/5

Notes de politique des entités fédérées

-) Note de politique de la Commission communautaire commune pour la législature 2014-2019, disponible à l'adresse <http://be.brussels/files-fr/a-propos-de-la-region/competences-regionales/declaration-de-politique-generale-commission-communautaire-commune-cocom>.
-) Note de politique de la Communauté française pour la législature 2014-2019, « Fédérer pour réussir », disponible à l'adresse <http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?id=dpc2014-2019>
-) Note de politique de la Région wallonne pour la législature 2014-2019, « Oser, innover, rassembler », disponible à l'adresse http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/publications/dpr_2014-2019.pdf
-) Note de politique de Monsieur Jo VANDEURZEN, ministre flamand du bien-être, de la santé publique et de la famille, pour la législature 2014-2019, « Welzijn, volksgezondheid en gezin », disponible sur <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>

Jurisprudence

-) C.A., 13 octobre 1989, n°23/89, disponible sur <http://www.const-court.be/>
-) C.A., 13 juillet 1989, n° 21/89, disponible sur <http://www.const-court.be/>

-)] C.A., 10 octobre 1991, n° 25/91, disponible sur <http://www.const-court.be/>
-)] C.A. 16 octobre 1991, n° 27/91, disponible sur <http://www.const-court.be/>
-)] C.A. 16 octobre 1991, n° 26/91, *F.J.F* 1991, p. 463.

Doctrine et littérature scientifiques

Ouvrages

-)] BAYENET B. et PAGANO G., *Le financement des Entités fédérées dans l'Accord institutionnel du 11 octobre 2011*, *Courrier hebdomadaire du CRISP* 2013/15 (n° 2180-2181).
-)] BLAISE P., FANIEL J., SAGESSER C., *Introduction à la Belgique fédérale : la Belgique après la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, CRISP, novembre 2014
-)] BELLEFLAMME F. et autres, « La sixième réforme de l'Etat : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis ? », *J.T.*, 2015
-)] CLEMENT J. et autres, *Les accords de la Saint-Michel*, Bruxelles, Bruylant, 1994
-)] CLERBOIS I., et autres, « La 6^{ème} réforme de l'Etat : modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire », M. DEJARDIN, R. DESCHAMPS, P. KESTENS, M. MIGNOLET, R. PLASMAN et I. TOJEROW (éd.), *La 6^{ème} réforme de l'Etat : modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire*, *Cahier économique de Bruxelles*, numéro spécial, Vol. 57, printemps-été 2014
-)] DE GREEF V., « Les structures pour personnes âgées et la sixième réforme de l'Etat : *homes sweet homes* ? », *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013) : tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, Limal, Anthémis, 2013
-)] DEKLEERMAKER M. & LOSSEAU L., « Les transferts de compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'Etat », *Rev.b.séc.soc.*, 2^{ème} trimestre 2015.
-)] FUNCK J-F., *droit de la sécurité sociale*, Bruxelles, Larcier, 2006
-)] GERLACHE A. et autres, *La Belgique pour débutants*, Bruges, la Charte, 2014
-)] HANNES P., « Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg ? » *De zesde staatshervorming : instellingen, bevoegheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia date

-] HOSTEAUX S., *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, De Boeck, 2007
-] JOASSART P., « maisons de repos », *dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, Larcier, 2015.
-] LEJEUNE Y., *Droit constitutionnel belge : fondements et institutions*, 2^e édition, Bruxelles, Larcier, 2014
-] MINSIER P. & UYTENDAELE M., « les accords de coopération », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, Larcier, 2015
-] PALSTERMAN P., « Les aspects sociaux de l'accord institutionnel du 11 octobre 2011 », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 2012/2 n° 2127-2128
-] RENSON A-S., « soins de santé » *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, Larcier, 2015.
-] RIMANQUE K., *De grondwet toegelicht, gewikt en gewogen*, Anvers-Groningen, Intersentia, 2004.
-] THIEL P., *Manuel de droit hospitalier*, Bruxelles, Kluwer, 2004.
-] VERDUSSEN M., « Personnes handicapées », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, Larcier, 2015
-] VERDUSSEN M., *Justice constitutionnelle*, Larcier, 2012.

Articles disponibles sur Internet

-] BARBEAUX M., « Les soins de santé et la 6^{ème} réforme de l'Etat », disponible sur <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/opes/documents/Barbeaux.pdf>
-] De S., « Plan de santé bruxellois : la concertation démarre ! », 11 mai 2015 et mis à jour en juillet 2015, disponible sur <http://www.cbcs.be/Plan-de-Sante-Bruxellois-la>
-] Direction générale de l'organisation des établissements de soins - service comptabilité et gestion des hôpitaux, « Organisation et financement des soins de santé mentale en Belgique », novembre 2011, p. 15, disponible sur http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_organisation_et_financement_soins_psy.compressed.pdf
-] JOS P., « La sixième réforme de l'Etat (Accord papillon) », disponible sur http://www.legalworld.be/legalworld/uploadedFiles/Other_content/accordpapillon.pdf?LangTtype=2060

-) MORIAU J., « plan santé bruxellois : fin de l'Acte I », conseil bruxellois de coordination sociopolitique, disponible sur le site <http://www.cbcs.be/Plan-Sante-Bruxellois-fin-de-l>
-) SALAH M-H., « la nouvelles politique de santé bruxelloise », Bruxelles santé n° 75, septembre 2014, aussi disponible sur <http://www.questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/anciens-numeros/bs-75/la-nouvelle-politique-de-sante-bruxelloise>
-) WILQUET A., « La Cour d'arbitrage et le principe d'égalité », Institut professionnel des comptables et fiscalistes agréés, n° 112 du 15 janvier 2002 et mis à jour le 11 août 2005, disponible sur <http://www.ipcf.be/Index.asp?Idx=1440>

Sites Internet

-) AVIQ est ses missions, disponible sur <https://www.aviq.be/mission.html>
-) Fédération Wallonie-Bruxelles, liste des écoles spécialisées disponible sur www.enseignement.be
-) CRISP, vocabulaire, « Accord de la Saint-Michel », disponible sur <http://www.vocabulairepolitique.be/accord-de-la-saint-michel/>
-) Gezondheidsplansanté, <https://gezondheidsplansante.wordpress.com/>
-) Institut national d'assurance maladie-invalidité, rubrique aides à la mobilité disponible sur <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/bandagistes/Pages/aides-mobilite.aspx#.V2KyQqIaS70> ,
-) Personne handicapée autonomie recherchée (PHARE), rubrique allocations aux personnes handicapées disponible sur are.irisnet.be/droits/allocations/allocations-aux-personnes-handicapées/.
-) Plate-forme des professionnels de la santé, http://www.plateforme-psysm.be/index.php?option=com_content&view=article&id=3:definition-de-la-sante-mentale&catid=9:le-champ-de-la-sante-mentale&Itemid=2,
-) Union nationale des mutualités socialistes, « Les soins palliatifs : oser en parler », brochure disponible sur <http://www.solidaris-liege.be/servlet/Repository/les-soins-palliatifs.pdf?IDR=10636>,

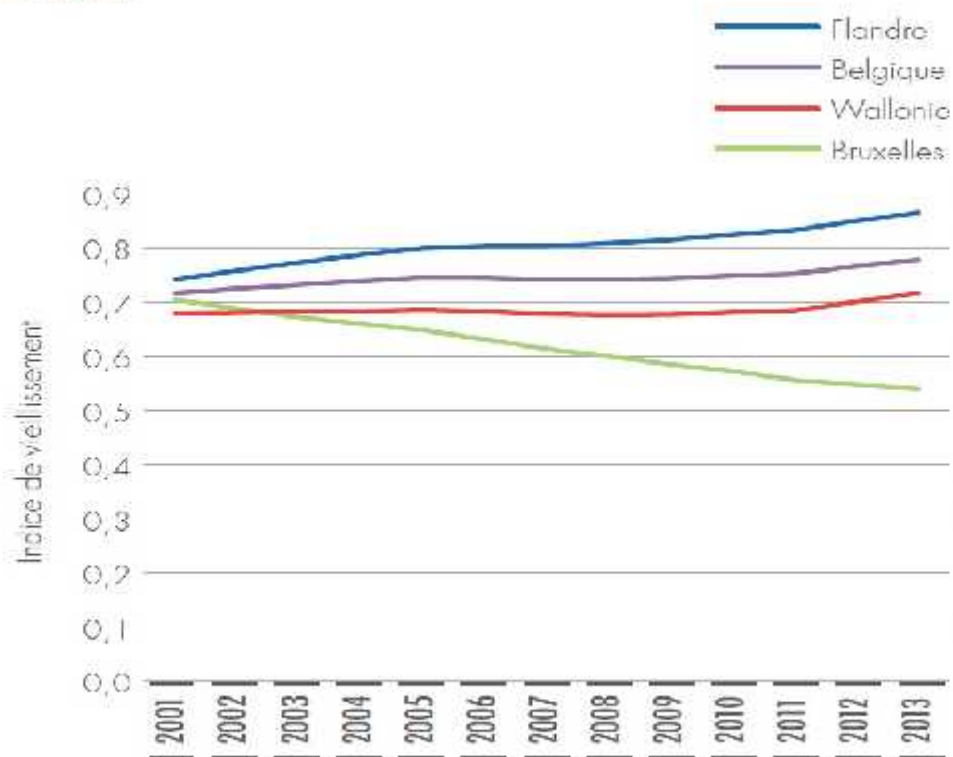
Interviews

-)] Échange de courriels avec le Docteur David Hercot concernant le « Plan santé bruxellois » de la Commission communautaire commune (COCOM.).
-)] Échange de courriels avec Monsieur Jacques Moriau concernant le « Plan santé bruxellois » de la Commission communautaire commune (COCOM.)

Annexes

Vieillesse de la population

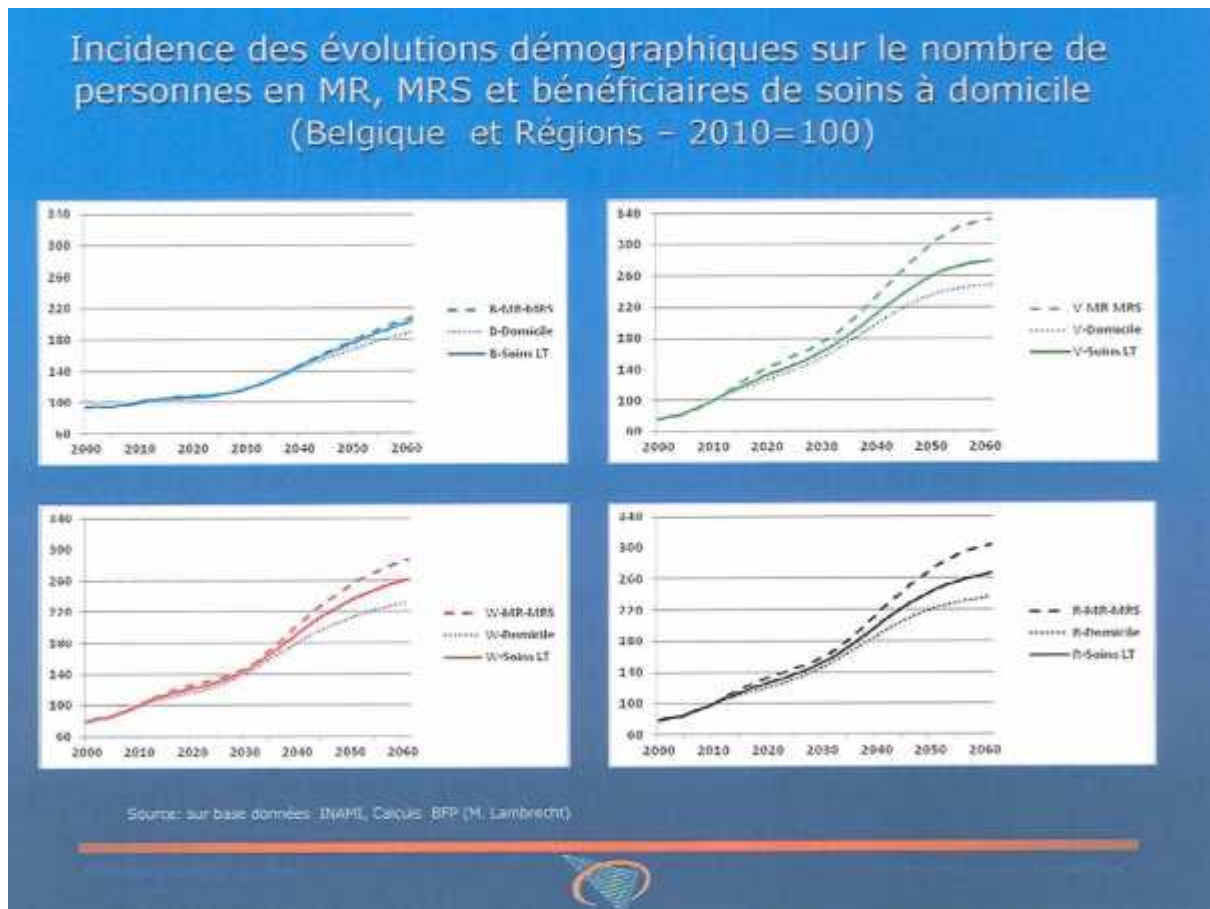
Figure 1.2 – Évolution de l'indice de vieillissement entre 2001 et 2013, selon les régions



Source : DGSIE, 2001-2013. Calculs : ULg

Tiré de : Nisen L., Keynaert J.-F., Linchiet S., Genday A.-F., Synergies en santé 2, Cahier Bien Vieillir et préserver l'autonomie, Synergies statistiques Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles, septembre 2014

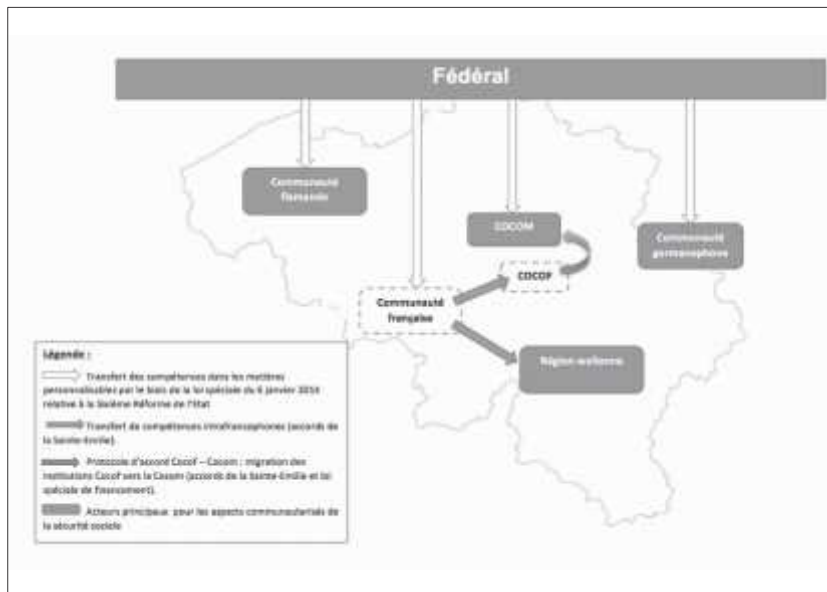
Vieillesse de la population (suite)



NB : bleu=Bruxelles ; vert=Flandre ; rouge=Wallonie ; noir=Belgique

Source : M. BARBEAUX, « Les soins de santé et la 6^{ème} réforme de l'Etat », disponible sur <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/opes/documents/Barbeaux.pdf>

Transfert intra-francophone de compétences



Source : M. DEKLEERMAKER & L. LOSSEAU, « Les transferts de compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'Etat », *Rev.b.séc.soc.*, 2^{ème} trimestre 2015, p. 456

Evolution des dépenses relatives aux compétences communautarisées en matière de soins de santé et d'aide aux personnes (millions d'euros) et parts régionales

	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2025</u>
COCOM	6,6 %	6,7%	6,7%	6,6%	6,5%	6,4%	6,2%
Communauté flamande	61,9%	62,2%	62,5%	62,8%	63,1%	63,3%	64,0%
Communauté française	31,5%	31,1%	30,8%	30,7%	30,5%	30,3%	29,8%
Total	4,417	5,238	5,458	5,686	5,839	6,010	6,685

Ce tableau nous montre qu'entre 2015 et 2025, les dépenses augmentent avec un taux de croissance de 2,7 %. Ce taux est de 1,8% pour la COCOM, de 3,1% pour la Région flamande et de 2,3% pour la Région wallonne.

Source : Le tableau et son commentaire sont tirés de I. CLERBOIS, et autres, « La 6^{ème} réforme de l'Etat : modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire », M. DEJARDIN, R. DESCHAMPS, P. KESTENS, M. MIGNOLET, R. PLASMAN et I. TOJEROW (éd.), *La 6^{ème} réforme de l'Etat : modalités nouvelles de financement, transfert de compétences et impact budgétaire*, Cahier économique de Bruxelles, numéro spécial, Vol. 57, printemps-été 2014, p. 30.

Place Montesquieu, 2 bte L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique www.uclouvain.be/drt

