



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

MC Academy – jeudi 22 mars 2018

## **6<sup>e</sup> réforme de l'État :**

**La mise en œuvre du transfert des compétences  
en matière de soins de santé et de l'aide aux personnes**

## Table des matières

### INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. La 6 <sup>e</sup> réforme de l'État – rétroactes	3
2. Le transfert de compétences issues de la sécurité sociale	4
3. Les masses budgétaires transférées	5
4. Le financement des compétences "santé" et "aide aux personnes"	6
5. Une période transitoire	6

### LA FLANDRE

1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation	8
2. La mise en œuvre des compétences transférées	9
3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés	13

### LA WALLONIE

1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation	14
2. La mise en œuvre des compétences transférées	18
3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés	21

### LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation	22
2. Quelques chantiers politiques en cours en matière de santé et d'aide aux personnes	24
3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés	27

### LA COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation	28
2. La mise en œuvre des compétences transférées	28
3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés	29

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### 1. La 6<sup>e</sup> réforme de l'État - rétroactes

La 6<sup>e</sup> réforme de l'État s'était déjà profilée depuis les élections législatives de 2007, qui avaient vu la victoire du cartel CD&V-N-VA au nord du pays. En juin 2010, après deux gouvernements Leterme, marqués par des discussions communautaires tendues (notamment le fameux dossier "BHV"), les partis flamands - avec en tête la N-VA, parti considéré comme séparatiste et qui, depuis lors, a coupé les liens avec la CD&V - ont fait d'une nouvelle réforme institutionnelle la condition sine qua non de la formation d'un gouvernement fédéral. Cette situation a engendré de multiples péripéties (nombreux blocages, nombre impressionnant de médiateurs, informateurs, etc.) et ce, dans un contexte macroéconomique difficile marqué par la crise financière. Finalement, en août 2011, les conditions ont été réunies pour que huit partis négocient véritablement en vue de réformer l'État et de former un gouvernement : PS, MR, CDH et Écolo - pour la partie francophone - CD&V, SP.A, Open VLD et Groen pour la partie néerlandophone. Cela se fera finalement sans la N-VA et également sans Défi (ex-FDF) qui quittera le MR, insatisfait de l'accord conclu au sujet de la scission de l'arrondissement de Bruxelles-Halle-Vilvorde. En outre, dans les derniers instants de la négociation, les deux partis écologistes - Écolo et Groen - seront écartés de la participation au Gouvernement fédéral.

Ces négociations furent exceptionnelles par leur durée : ce n'est que le 6 décembre 2011, au bout de 541 jours de la plus longue crise de l'histoire politique du pays, que le formateur Elio Di Rupo (PS) fut nommé chef du nouveau gouvernement fédéral.

L'accord politique du 11 octobre 2011, appelé "Accord papillon" comprend quatre grands chapitres :

- le renouveau politique (notamment la réforme du Sénat),
- la circonscription de Bruxelles-Halle-Vilvorde (BHV) et Bruxelles,
- le transfert de compétences de l'État fédéral aux entités fédérées,
- la proposition de réforme de la loi spéciale de financement (des entités fédérées).

Ce n'est que fin 2013 - au moment où la loi spéciale de réformes institutionnelles (LSRI) <sup>(1)</sup> et la loi spéciale de financement (LSF) <sup>(2)</sup> ont été réécrites et que les positions politiques de l'Accord papillon ont été traduites en un ensemble juridique logique - que la portée exacte de cet accord est clairement apparue. L'impact est important sur les soins de santé. De nombreuses compétences ont été transférées de ce secteur de l'autorité fédérale vers les entités fédérées.

---

<sup>1</sup> Loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État, M.B. 31 janvier 2014.

<sup>2</sup> 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.

## 2. Le transfert de compétences issues de la sécurité sociale

Le volet social du transfert des compétences concerne plusieurs domaines : la politique de l'emploi, les maisons de justice, les soins de santé et l'aide aux personnes, les prestations familiales<sup>3</sup>. Ces deux derniers secteurs relevaient jusqu'à présent de la sécurité sociale (fédérale).

### Les compétences transférées aux entités fédérées (Communautés) en matière de soins de santé et d'aide aux personnes

- **Aide aux personnes handicapées**

- les aides à la mobilité
- l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)

- **Hôpitaux**

- les normes d'agrément des hôpitaux
- l'infrastructure et matériel lourd des hôpitaux (RMN, Petscan et radiothérapie)

- **Soins aux personnes âgées**

- les maisons de repos et de soins, maisons de repos, centres de soins de jour et de court séjour
- les hôpitaux gériatriques isolés
- les hôpitaux spécialisés isolés

- **Une série de conventions de rééducation ("long term care")**

- **Soins de santé mentale**

- les plateformes de soins de santé mentale
- les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitat protégé

- **Prévention**

- toutes les initiatives de prévention (campagnes de vaccination et de dépistage, plan nutrition, hygiène dentaire, sevrage tabagique, etc.)
- le fonds de lutte contre les assuétudes

- **Organisation des soins de santé de première ligne**

- l'organisation des soins de première ligne (Fonds d'impulsion, cercles de médecins généralistes, réseaux locaux multidisciplinaires, services intégrés de soins à domicile)
- les réseaux palliatifs et les équipes multidisciplinaires palliatives

- **Professions des soins de santé**

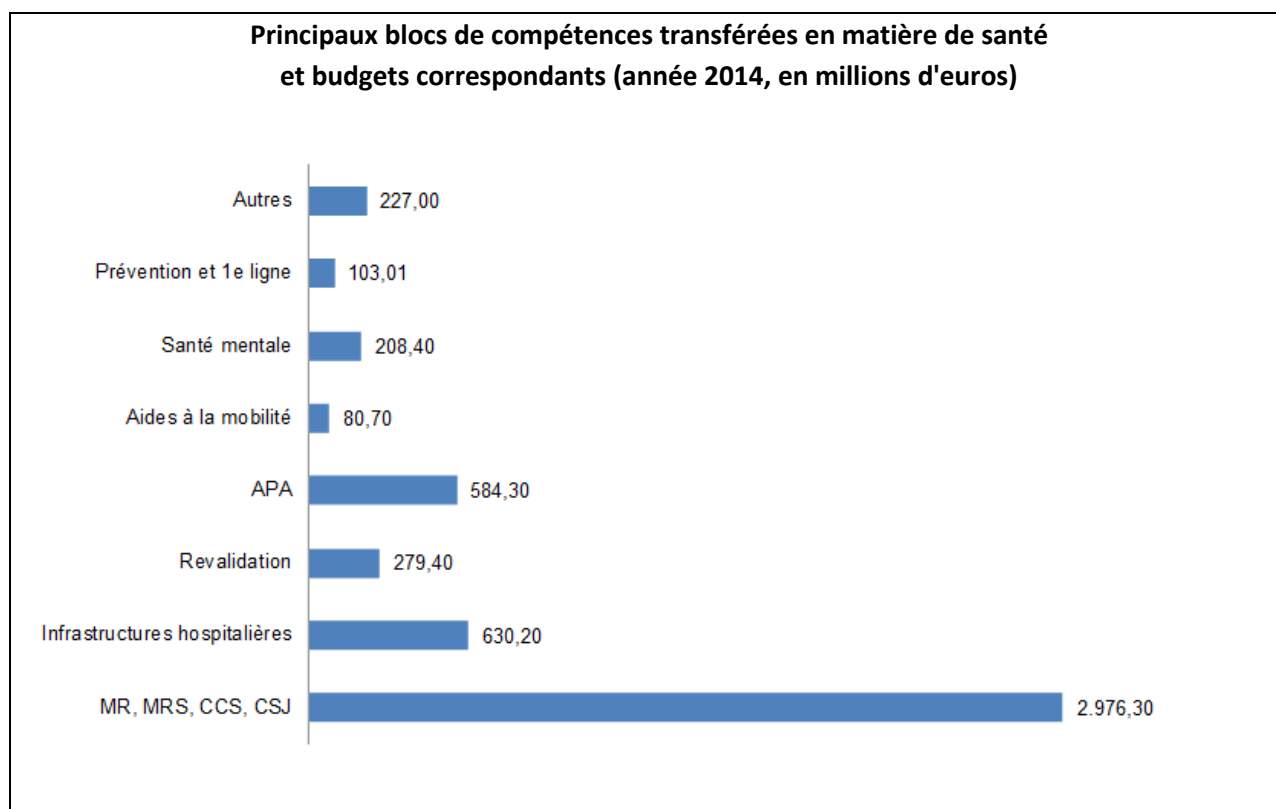
La reconnaissance des prestataires de soins et sous-quotas (au sein des spécialités) des professions des soins de santé.

<sup>3</sup> PALSTERMAN P. (2012), "Les aspects sociaux de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011", CRISP, *Courrier hebdomadaire* n°2127-2128.

### 3. Les masses budgétaires transférées

Le budget du transfert intégral du volet social (politique du marché du travail, allocations familiales, soins de santé...) représente environ 20 milliards d'euros, dont plus de 5,09 milliards d'euros dans le cadre des soins de santé et de l'aide aux personnes. Globalement, 17% du budget de l'Inami sort de la sécurité sociale pour aboutir dans les budgets communautaires et régionaux.

On constate que le secteur des maisons de repos (MR-MRS-CCS-CSJ) représente plus gros volet du transfert en termes de dépenses transférées (2,97 milliards d'euros). Il s'agit par ailleurs du 4<sup>e</sup> plus gros budget de l'assurance soins de santé, après les honoraires de médecins, le financement des hôpitaux et les médicaments. De plus, ce secteur de dépenses a connu une croissance moyenne annuelle de 7,8% sur la période 2002-2012. Il s'agit d'un des postes de dépenses de la sécurité sociale qui a augmenté le plus fortement avant le transfert de compétences.



## 4. Le financement des compétences "santé" et "aide aux personnes"

L'accord politique prévoit, en plus du transfert de compétences et la manière de les financer, des modifications dans les modes de financement des entités fédérées. Le premier objectif est l'augmentation de l'autonomie fiscale des entités fédérées et en particulier les Régions. Cette autonomie représente un montant de 10,7 milliards d'euros en 2012, soit un quart des recettes de l'Impôt des personnes physiques (IPP) collectées en Belgique. Les entités fédérées disposent en outre d'une autonomie totale en ce qui concerne la gestion financière des nouvelles compétences.

Ensuite, des mécanismes d'assainissement budgétaire sont introduits. Chaque entité fédérée a dû y contribuer afin de "*rééquilibrer les finances publiques de l'ensemble des pouvoirs publics jusqu'en 2016*", ce qui représente un montant d'économies de 4 milliards d'euros sur la période 2014-2016.

Les moyens financiers qui concernent les compétences en santé et aide aux personnes, sont répartis selon une clef de "population":

- le nombre de personnes de plus de 80 ans dans chaque communauté pour les compétences relatives aux personnes âgées (maisons de repos, APA)
- le nombre d'habitant pour les autres compétences transférées en matière de santé.

Les masses budgétaires évoluent ensuite selon cette clef ainsi qu'en fonction de l'inflation et de la croissance du PIB (seulement 65% si cette croissance est inférieure à 2,25% pour que les communautés contribuent au coût du vieillissement). Des dotations spécifiques sont mises en place pour les maisons de justice (en 2015) et les infrastructures hospitalières (en 2016).

## 5. Une période transitoire

Le transfert des compétences est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Les entités fédérées sont compétentes depuis cette date. Cependant, pour la plupart des compétences transférées, les entités fédérées et l'autorité fédérale ont conclu divers accords (pratiques) sous la forme de protocoles transitoires. Ceux-ci assurent le maintien du circuit de paiement en l'état (Inami, mutualités) et ce, jusqu'à la fin de l'année 2018.

Dans l'intervalle, les entités fédérées envisagent, par exemple, comment intégrer les nouvelles compétences dans le cadre de leurs compétences existantes. Dans un premier temps, l'accent est mis sur la continuité. Tant qu'elles ne modifient pas leurs propres textes, la législation fédérale existante est d'application. Cela n'empêche cependant pas la prise de nouvelles initiatives, par exemple, le budget des soins pour les personnes atteintes d'un handicap en Flandre ou une Assurance autonomie en Wallonie. Par ailleurs, les différents pouvoirs publics ont déterminé la manière dont ils géreront les nouvelles compétences et organiseront la concertation avec les acteurs concernés.

Cette période transitoire s'achèvera bientôt. En effet, si certaines compétences sont déjà exercées par les entités fédérées (par exemple la prévention ou l'organisation de la 1<sup>e</sup> ligne d'aide et de soins), la mise en œuvre complète et effective des compétences "santé" et "aide aux personnes" ne devrait avoir lieu, in fine, que le 1<sup>er</sup> janvier 2019. À noter que "l'accord papillon" n'évoquait pas de période transitoire. Cette date a été négociée par la suite entre les entités fédérées. La Flandre presse pour qu'elle soit respectée.

Cela signifie qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, les entités fédérées devront exécuter elles-mêmes les prestations transférées, selon les modalités qu'elles ont déjà définies.

## LA FLANDRE

### 1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation

#### 1.1. Le modèle de gestion

La Communauté flamande a décidé de confier la gestion des nouvelles compétences "santé et "aide aux personnes" à l'administration flamande. Il s'agit, d'une part, de "*Agentschap Zorg en Gezondheid*" (agence pour les soins et la santé) et de "*Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming*" (agence flamande de la protection sociale).

#### 1.2. Le modèle de concertation

Le Gouvernement flamand a mis en place un nouveau modèle de concertation.

- Pour ce qui concerne **la politique *Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*** (bien-être, santé publique et famille) : un modèle de concertation tripartite a été mis en place.

Il existe ainsi une chambre intersectorielle et trois chambres spécifiques : une pour *Zorg en Gezondheid*, une pour *Gezin* et une troisième pour la *Vlaamse Sociale Bescherming (VSB)*.

- La Chambre *Zorg en Gezondheid* (Soins et santé) négocie et conclut (moyennant un consensus), des accords sur l'élaboration de la vision de la politique de santé flamande, notamment l'organisation des soins et les soins de santé préventifs.
- La Chambre *Gezin* (Famille) négocie et conclut (moyennant un consensus), des accords sur les compétences en matière de garde d'enfants et d'allocations familiales et, plus largement, en matière de politique flamande des familles.
- La Chambre *VSB* négocie et conclut (moyennant consensus), des accords sur une politique intégrée en matière d'interventions et de financement des soins à la demande (soins à domicile, soins pour personnes âgées, soins de santé mentale) et dans le secteur du handicap.

L'équilibre entre les 3 partenaires siégeant au sein du modèle de concertation tripartite est assuré :

- le secteur (les prestataires, les utilisateurs, les assureurs soins de santé et les représentants des travailleurs et des employeurs),
- les interlocuteurs sociaux (représentants patronaux et syndicaux) et
- le Gouvernement flamand.

Le monde académique et d'autres experts peuvent apporter leur contribution à la concertation, à la demande de la Chambre ou du Comité de concertation social concerné.

- Pour ce qui concerne **la *Vlaamse Sociale Bescherming*** :

Le *Raadgevend Comité IVA VSB* exerce un rôle consultatif. Il est chargé de la préparation de la politique et de la surveillance de l'exécution des divers éléments de la *VSB* ainsi que de la gestion du fonds de réserve. Il est composé de représentants des organisations de patients, des prestataires de soins, des caisses de soins et des interlocuteurs sociaux.



## 2. La mise en œuvre des compétences transférées

Au début de la législature en cours (2014-2019), la Flandre a opté pour l'intégration de nombreuses compétences transférées dans la VSB. Le but ? Développer celle-ci pour en faire une assurance sociale avec cotisation obligatoire.

Comme pour l'assurance dépendance existante, l'affiliation est obligatoire pour toutes les personnes résidant en Flandre. Les habitants de la Région bruxelloise ont, quant à eux, le choix de s'y affilier ou non.

Le regroupement de plusieurs interventions et systèmes de financement au sein d'une VSB est une opération complexe qui se déroule en plusieurs phases.

Le 15 juin 2016, le Parlement flamand a adopté le 1<sup>er</sup> décret VSB.

3 piliers sont décrits :

- l'assurance dépendance (qui existait déjà),
- le budget d'aide de base pour les personnes handicapées (BAB : nouveau en Flandre, pas de transfert de compétences),
- l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA, compétence transférée du SPF Affaires sociales, DG Handicap).

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, de nouvelles compétences seront intégrées dans la VSB :

- les soins résidentiels pour personnes âgées (centres de soins résidentiels, centres de court séjour et centres de soins de jour),
- les aides à la mobilité,
- les maisons de soins psychiatriques (MSP),
- les initiatives d'habitat protégé (IHP),
- les centres de revalidation concernés par le transfert de compétences,
- les services d'aide aux familles et d'aide à domicile.

Le gouvernement flamand a prévu qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les caisses de soins (voir plus loin) et l'administration flamande reprendront à leur charge les tâches respectivement des mutualités et de l'Inami pour ce qui est des soins résidentiels pour personnes âgées et des aides à la mobilité. Des réformes approfondies entreront immédiatement en vigueur lors de la reprise des aides à la mobilité (notamment le renting).

Une phase de transition entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour les IHP, les MSP et la revalidation. L'administration devra reprendre à son compte les missions de l'Inami et du SPF Santé publique, tandis que les mutualités (donc pas - encore - les caisses de soins) devront assurer la continuité.

Quant aux services d'aide aux familles et d'aide et de soins à domicile, des mesures seront progressivement adoptées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour évoluer vers un financement entièrement personnalisé et une intégration complète dans la VSB.

Un 2<sup>e</sup> décret relatif à la VSB apporte un ancrage juridique aux principes de base que sont le financement personnalisé <sup>4</sup> et la gestion à la demande. Il devra être opérationnalisé durant la prochaine législature (2019-2024). Certains principes liés au financement personnalisé seront déjà mis en pratique durant la législature en cours.

## **2. 1. Le rôle des caisses de soins**

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2016, les caisses de soins, dont la CMZorgkas, sont les exécutants de la VSB et elles assument le rôle de mutualité pour une partie des compétences transférées. Ces caisses de soins fonctionnent comme un guichet unique pour tous les éléments de la VSB et elles sont donc responsables de la totalité des services aux membres. CM-Zorgkas assure l'accompagnement, donne des informations et des conseils, vérifie le droit à une aide, contrôle et effectue les paiements.

Dans la mesure du possible, CM-zorgkas octroie automatiquement les droits. Outre ces interventions, CM-Zorgkas est également le point de contact central pour toutes les questions.

Les différentes interventions relevant de la VSB sont versées notamment par les cotisations payées chaque année par tous les Flamands à leur caisse de soins (la prime actuelle assurance dépendance est convertie en une prime VSB). Son montant s'élève à l'heure actuelle à 51 euros, ou 26 euros pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM) dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire.

## **2.2. Les interventions de la VSB**

### **> Le Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden – Assurance dépendance flamande**

La Vlaamse zorgverzekering (assurance dépendance flamande) – qui existe depuis 15 ans déjà – fait partie de la VSB. Elle est destinée à toute personne fortement dépendante. Les résidents d'un centre de soins résidentiel et d'une maison de soins psychiatriques ont droit à une allocation de soins. Tous peuvent compter sur un montant mensuel de 130 euros au titre d'indemnité pour les frais non médicaux. Ce montant peut être librement utilisé et il n'est pas nécessaire de présenter des preuves de son utilisation. L'âge ne joue aucun rôle dans le droit à l'intervention.

Pour obtenir cette allocation de soins, il faut présenter un certificat ou avoir passé un examen du degré de besoin de soins de santé (actuellement sur la base de l'échelle Belprofiel). Il peut notamment être réalisé par le Service social de la mutualité.

### **> Le Zorgbudget voor mensen met een handicap (Le Budget d'aide de base)**

Le BAB est une nouvelle intervention flamande pour les personnes âgées de 65 ans maximum, atteintes d'un handicap reconnu et ayant un besoin d'aide avéré. Elles reçoivent un montant mensuel de 300 euros, qu'elles peuvent dépenser comme bon leur semble, sans devoir présenter de preuves.

Pour bénéficier du BAB, il convient de disposer d'un certificat ou d'une attestation et de répondre aux conditions imposées.

---

<sup>4</sup> (3) Le financement personnalisé fournit aux demandeurs un "sac à dos" qui leur permet de financer leur plan de soins personnel. Le contenu de ce sac à dos peut se composer d'argent liquide (indemnités forfaitaires personnalisées), de bons ou du paiement de frais par le biais d'un système de tiers payant (financement personnalisé du coût des soins). Une combinaison de ces formes est aussi possible.

Le BAB peut être combiné à d'autres allocations telles que l'assurance dépendance, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration. Les personnes bénéficiant d'un BAB peuvent également faire appel à l'offre directement accessible auprès d'un service ou d'une structure de la *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap* (VAPH) (Agence flamande pour les Personnes handicapées, équivalent de l'AViQ ou de Phare). Une allocation d'aide peut également toujours être sollicitée auprès de la VAPH.

Les personnes pour lesquelles le BAB est insuffisant peuvent demander un « budget personnalisé » auprès de la VAPH. Il s'agit de la deuxième étape du financement personnalisé. Les personnes qui bénéficient d'un budget personnalisé perdent leur BAB. Le cumul avec le budget d'assistance personnelle n'est pas davantage possible.

### **> Le Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (L'allocation pour l'aide aux personnes âgées - APA)**

L'APA est une intervention destinée aux personnes âgées de 65 ans ou plus dont le degré d'autonomie est réduit et les revenus limités<sup>5</sup>. Elle vise à maintenir les frais de santé dans des limites abordables. Cette intervention relevait de la compétence du SPF Affaires sociales (DG Handicap) et celui-ci continue de payer les ayant-droits pendant la phase de transition.

Mais depuis janvier 2017, l'APA relève dans les faits de la VSB et les caisses de soins ont pris le relais du SPF pour assurer les paiements aux ayants-droits. Ce transfert ne s'est pas fait sans problèmes, notamment en raison de soucis informatiques et durant de nombreux mois, le traitement des dossiers a connu des retards et difficultés.

Pour l'heure, la Flandre a repris la législation APA existante. Les conditions en matière de revenus et de limitation d'autonomie demeurent inchangées. Ce sont toujours les médecins du SPF Sécurité sociale qui constatent la diminution d'autonomie de la personne, sur la base de l'échelle médico-sociale.

### **> Qu'en est-il dans la Région de Bruxelles-Capitale ?**

Les Bruxellois peuvent s'affilier librement à la VSB (comme c'est actuellement le cas pour la *Zorgverzekering -ZVZ*). Un stage d'attente de 10 ans et une suspension avec perte de droits sont prévus pour les Bruxellois qui ne s'affilient pas "à temps" à la ZVZ (suspension de 4 mois par année où une personne aurait pu s'affilier sans l'avoir fait). Le nouveau décret VSB modifie cette règle : une possibilité d'écourter le stage d'attente à 5 ans est prévue et la suspension assortie d'une perte de droits est supprimée.

Dans la mesure où le BAB est un nouveau pilier du VSB, les Bruxellois auront jusqu'en 2020 pour s'affilier au BAB sans encourir de stage d'attente.

À Bruxelles, la Commission communautaire commune (COCOM) est compétente pour l'exécution de l'APA. Le calcul des dotations dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État tient compte du fait que la COCOM peut verser l'APA à Bruxelles. Le Conseil d'État a cependant estimé que la Communauté flamande est également compétente pour intégrer l'APA pour les Bruxellois dans le VSB.

Étant donné la disposition relative au cumul, l'APA n'est cependant pas encore versée par les caisses de soins de Bruxelles. Dans le cadre des dispositions transitoires, les habitants de la région bruxelloise perçoivent actuellement toujours l'APA du SPF Affaires sociales. Une concertation politique avec

---

<sup>5</sup> L'allocation de remplacement de revenus (ARR) et l'allocation d'intégration (AI) demeurent une compétence fédérale.

l'ensemble des cabinets bruxellois et flamands concernés doit encore déterminer comment les choses se passeront au terme de cette période de transition (à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019).

### **2.3. BelRai, un nouveau modèle de classification pour les soins**

Actuellement, l'échelle de Katz est l'outil d'évaluation utilisée dans notre pays pour déterminer le degré de dépendance des patients. Les scores obtenus permettent de justifier le type de soins notifiés ou de forfait demandé pour la réalisation des soins quotidiens.

Cet échelle n'est pas satisfaisante à 100% car elle ne fournit pas une vue assez précise des soins nécessaires. Un autre outil, le BelRai semble plus adéquat pour faciliter la planification des soins. Le BelRai est la version belge d'une échelle, validée au niveau international, appliquée dans de nombreux pays (Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni, Finlande, Islande, Espagne, Suisse, Irlande, Italie, etc.).

Lors de la Conférence interministérielle du 30 mars 2015, il a été décidé en consensus, de continuer à examiner quelles sont les actions et les conditions accessoires nécessaires pour permettre l'application de BelRai. Celui-ci serait utilisé comme modèle de classification unique et permettrait de cartographier les besoins en termes de soins des patients et ce, sur différents secteurs de soins de santé.

### **2.4. La prévention en santé**

#### **2.4.1. L'accompagnement au sevrage tabagique par des tabacologues**

Cette compétence étant transférée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'Inami continue à agir au nom et pour leur compte des entités fédérées tant qu'elles ne décident pas de modifications.

Depuis 2017, un nouveau système flamand est entré en vigueur avec de nouvelles règles et de nouvelles interventions qui sont réglées selon le principe du tiers payant. Dans le nouveau système, les utilisateurs paieront uniquement une participation personnelle. Cette participation est plafonnée et différente pour les personnes bénéficiant ou non d'un droit à une intervention majorée. Une distinction est aussi opérée entre les sessions individuelles et de groupe.

Les tabacologues doivent répondre à des critères qualitatifs (formation préalable, enregistrement, formation continue, interventions, etc.) suivis par les organisations partenaires concernées.

La Flandre a ainsi adopté une politique de lutte contre le tabagisme globalement accessible, qui met l'accent sur l'arrêt (consultations avec des tabacologues et/ou Tabastop), la prévention (ne pas commencer à fumer) et la lutte contre le tabagisme passif. La gestion de cette politique est confiée à une organisation partenaire<sup>6</sup>.

#### **2.4.2. Les coaches BOV ou "Bewegen op verwijzing"**

Ce nouveau projet s'est progressivement déployé en Flandre depuis septembre 2016. Il a pour objectif de faire pratiquer des activités physiques, sur avis médical, par les Flamands qui ne bougent pas assez. Les médecins généralistes peuvent renvoyer les patients exposés à un risque de santé accru vers un "coach BOV". En concertation avec le participant, le coach BOV recherche des possibilités d'activités physiques sur mesure dans le cadre de la vie quotidienne et/ou de l'offre d'activités locales régulières.

<sup>6</sup> Centre d'expertise des Autorités flamandes en matière de politique de lutte contre le tabagisme. Cette organisation est un consortium composé de la VRGT (Vereniging voor Respiratoire Gezondheid en Tuberculosebestrijding), de KOTK (Kom op Tegen Kanker), de STK (Stichting tegen Kanker) et de VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie).

Les consultations chez le coach BOV sont remboursées par les autorités flamandes par le biais d'un système de tiers payant. Le calcul de l'intervention personnelle est effectué de la même façon que pour l'aide à la désaccoutumance tabagique par des tabacologues.

BOV accorde une attention particulière aux participants vulnérables. Ce projet se fonde sur une collaboration intersectorielle au niveau d'une région de soin correspondant à une petite ville. Les administrations locales et autres associations peuvent introduire une demande pour lancer une BOV dans la région. La gestion de cette politique est confiée à l'organisation partenaire VIGeZ (*Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie*). Plus d'infos : [www.bewegenopverwijzing.be](http://www.bewegenopverwijzing.be)

La *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* a demandé aux mutualités d'assumer la mise en œuvre des deux types de remboursement : le sevrage tabagique et le coaching BOV. Les mutualités (flamandes) ont élaboré, pour ce faire, un nouveau circuit administratif pour le remboursement – en Flandre - des tabacologues d'une part et celui des "coachs BOV" d'autre part.

Le nouveau système central, dont la gestion est assumée par le Collège Intermutuelliste National, régleme le remboursement et soutient le compte-rendu remis aux organisations partenaires pour le suivi de la politique. Outre le remboursement, la MC collabore en tant que partenaire actif à cette politique de prévention sanitaire flamande.

### **3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés**

En Flandre, la mise en œuvre de la VSB sera donc prise en charge par les "zorgkassen". À partir de janvier 2019, les mutualités ne joueront plus qu'un rôle dans les compétences qui n'auront pas encore été transférées à la VSB (entre autres, la revalidation, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitat protégé). D'autre part, CM est étroitement associée au fonctionnement de la VSB tant au niveau du Cabinet du ministre flamand du bien-être et de la famille, Jo Vandeurzen, (CD&V) qu'au niveau de l'administration flamande.

## LA WALLONIE

### 1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation

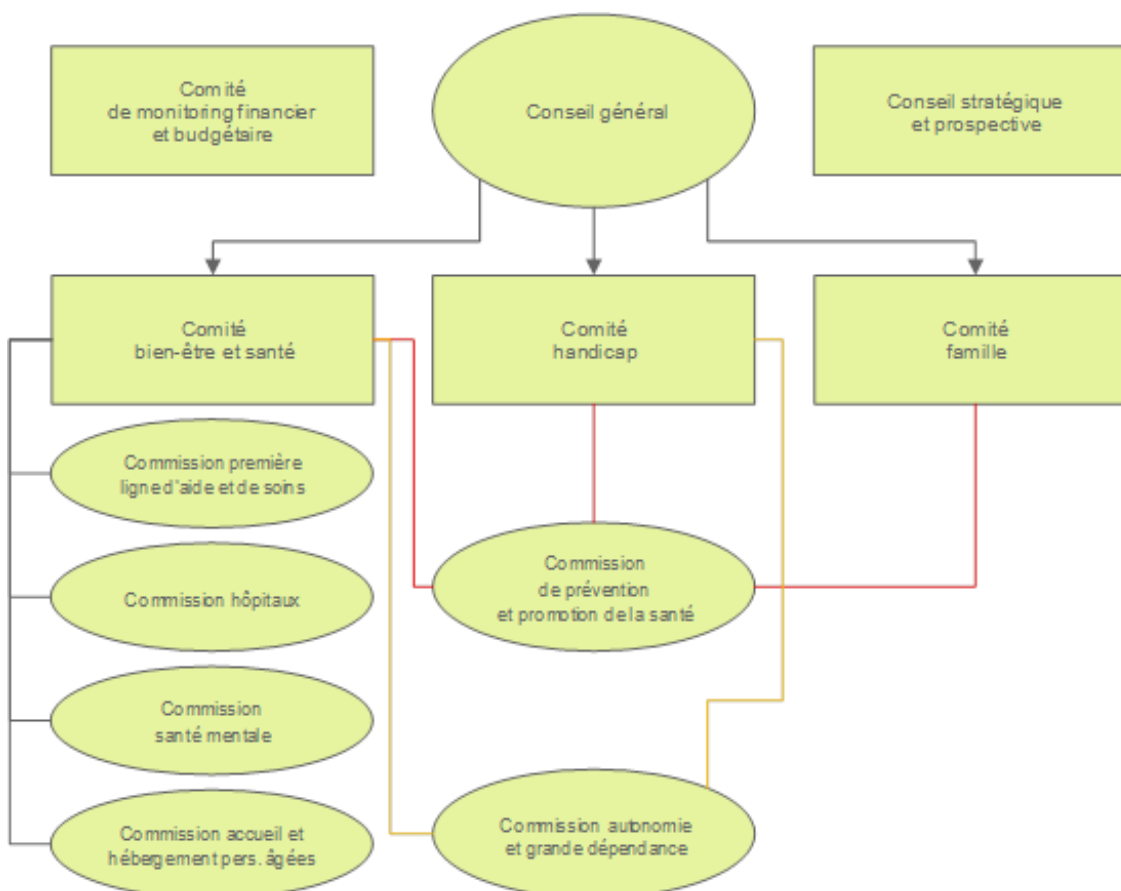
Dans le cadre d'un accord politique consécutif à la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, les partis francophones ont décidé de transférer à leur tour la grande majorité des matières "santé" qui relevait de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces dernières sont maintenant dépendantes des autorités distinctes de la Wallonie et de la Cocof (en Région de Bruxelles-Capitale). La Région Wallonne devait dès lors imaginer un nouveau modèle de gouvernance qui permettrait de gérer à la fois les compétences santé et handicap dont elle avait déjà la responsabilité avant la réforme de l'État, celles transférées dans le cadre de la réforme de l'État et celles présentes à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les concertations menées dès le début de la législature ont permis d'aboutir en juillet 2015 à un accord du gouvernement wallon sur les grandes orientations données au futur modèle : un organisme d'intérêt public (OIP), calqué pour partie sur le fonctionnement de l'Inami. L'AViQ, l'Agence pour une Vie de Qualité était née.<sup>7</sup> Les compétences existantes et celles transférées dans le domaine de la santé, du handicap et de la famille seront désormais cogérées à travers cette structure. Les fonctions régaliennes, consultatives et de cogestion s'y exerceront (voir ci-dessous). On y retrouvera donc l'administration mais aussi différents lieux de codécision impliquant paritairement les représentants de l'autorité publique (sur base de la représentation des partis au parlement), les prestataires de soins, les mutualités (organismes assureurs), les fédérations patronales, les syndicats ainsi que les associations représentatives des publics concernés. Au passage, l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) et le Conseil wallon de l'action sociale et de la santé (CWASS, qui assurait jusqu'ici la fonction consultative) disparaissent pour être intégrés dans l'AViQ (voir schéma ci-dessous).

---

<sup>7</sup> Le décret organisant ce modèle a été adopté au parlement wallon le 3 décembre 2015 (MB, 14 décembre 2015).

### Les structures de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)



#### **1.1. Un organisme d'intérêt public à gestion autonome**

Le choix posé par le gouvernement wallon est de confier la gestion des politiques et des budgets liés à un organisme d'intérêt public autonome. Cela signifie qu'une importante marge de manœuvre est laissée à la co-décision et la cogestion. Ainsi, l'option prise est de s'appuyer sur le fonctionnement des institutions de la sécurité sociale fédérale en collaboration avec les acteurs paritaires dont les organismes assureurs. *"L'Agence conservera ainsi les bonnes pratiques acquises en plus de 50 ans de gestion de la sécurité sociale dans notre pays"*.

#### **1.2. Trois fonctions : gestion paritaire, fonction régaliennne et fonction consultative**

On peut distinguer trois fonctions au sein de l'AViQ :

> **La gestion paritaire** : Il s'agit d'une cogestion des budgets liés aux politiques visées par l'agence et d'une co-définition des politiques qui y seront menées. Cette fonction s'exercera au conseil général, dans les comités de branche ainsi que dans les commissions d'accord et de convention qui en dépendent. Se retrouvent dans cette fonction la plupart des compétences précédemment gérées par l'Inami et dont le circuit de paiement est assuré par les organismes assureurs. Par exemple les forfaits en maisons de repos, les forfaits en centres de rééducation ou encore ceux en maisons de soins psychiatriques ou en initiatives d'habitation protégée.

> **La fonction régalienn**e : Un certain nombre de décisions y seront prises directement par l'Administration et/ou le ministre compétent. Il s'agit principalement de décisions conséquentes de réglementations. Par exemple, l'octroi et le renouvellement d'un agrément ou des décisions individuelles. Néanmoins, pour assurer une transparence, une procédure de publicité et de recours est prévue à leur égard. Se retrouvent ici la plupart des compétences qui étaient déjà gérées par la Région avant la réforme de l'Etat ou les compétences issues du fédéral mais qui ne transitaient pas par les circuits de paiement des mutualités. Par exemple le Fonds Impulseo qui rassemble les mesures prises pour encourager l'installation des médecins généralistes.

> **La fonction consultative** : elle s'exercera au sein du conseil de stratégie et de prospective. Les avis relatifs aux projets de décrets et d'arrêtés liés aux politiques de l'AViQ y seront discutés et validés pour être transmis par la suite au gouvernement wallon. Ce conseil pourra également produire des avis d'initiative.

### **1.3. Une structure faïtière : le Conseil Général**

Le Conseil Général sera composée paritairement de représentants du banc patronal, du banc syndical, mais aussi de représentants politiques de l'autorité. Les organismes assureurs y siégeront également. Ce lieu visera à assurer la gestion de l'ensemble des ressources de l'OIP y compris la répartition du budget global entre les différentes branches de la structure. Il effectuera également l'administration de l'agence (gestion du personnel, plan d'action, évaluation...). Enfin, il procédera aux éventuels arbitrages de conflits qui se poseraient entre les branches.

### **1.4. Trois branches gérées par des Comités : bien être et santé, handicap et famille**

#### **> Comité de branche bien-être et santé**

Y seront gérées les politiques en matière de bien-être et de santé : le remboursement des soins de santé en maison de repos et de soins, l'organisation de la première ligne d'aide et de soins, les aides à domicile, les infrastructures hospitalières, la santé mentale...

Siégeront dans ce comité : les organismes assureurs, les représentants des prestataires et des établissements de soins, des représentants syndicaux et patronaux et des représentants de l'autorité

#### **> Comité de branche handicap**

La politique du handicap sera gérée dans ce comité : l'aide à l'aménagement du domicile, le financement des politiques d'emploi, les politiques relatives à l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées, la sensibilisation et l'information en matière de handicap...

Y siégeront des associations représentatives des personnes handicapées, des fédérations d'institutions et de services pour personnes handicapées ainsi que des représentants syndicaux et patronaux, les organismes assureurs et des représentants de l'autorité.



### **> Comité de branche famille**

Les allocations familiales seront gérées dans la branche "famille". Notamment la définition des prestations familiales, la gestion des budgets et le contrôle des caisses d'allocations familiales...

Siègeront dans ce lieu : des représentants patronaux et syndicaux, des organisations "intéressées" par ces matières (Vie féminine, Ligue des familles...), des représentants de l'autorité et des représentants des caisses d'allocations familiales.

Ces trois branches géreront de manière autonome leur budget respectif et développeront des synergies entre elles au travers de commissions transversales.

## **1.5. Des commissions spécifiques et transversales aux branches**

**> Les commissions spécifiques.** Elles relèvent de la branche "bien-être et santé" et sont au nombre de 4: 1<sup>ère</sup> ligne d'aide et de soins, Hôpitaux, Santé mentale, Accueil et hébergement des personnes âgées. Elles sont composées paritairement de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins concernés. Leur mission est de déterminer les besoins financiers des politiques liées à leur commission et de négocier des conventions et accords avant de les proposer à leur Comité de branche.

**> Les commissions transversales.** Elles relèvent de plusieurs branches.

- La commission "Autonomie et Grande dépendance" est rattachée aux branches "bien-être et santé" et "handicap". Elle sera chargée, par exemple, de conclure des conventions liées à la future assurance autonomie ou aux aides à la mobilité. Elle pourra également formuler toutes propositions relatives à la couverture des besoins liés à la perte d'autonomie.

Elle est composée paritairement de représentants de prestataires et d'institutions et services pour personnes handicapées de représentants d'associations représentatives des personnes handicapées et des aînés et de représentants des organismes assureurs.

- La commission "Prévention et Promotion de la santé" est rattachée aux branches "bien-être et santé", "handicap" » et "famille". Elle est chargée de conclure des conventions liées aux politiques de prévention et de promotion de la santé. Elle aura également pour mission d'identifier les besoins financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques.

Elle est composée paritairement de représentants de prestataires de soins et de représentants des organismes assureurs.

## **1.6. Un Conseil de stratégie et de prospective**

Le Conseil de stratégie et de prospective assurera la fonction consultative des politiques de l'agence. Il sera également chargé de piloter l'Observatoire wallon du bien-être et de la santé, des politiques familiales et du handicap. Il effectuera une veille des politiques menées au niveau fédéral, dans les autres entités fédérées, mais aussi sur le plan international. Il sera composé d'un collège central et de groupes d'experts (organisations patronales, syndicats, organismes assureurs, organisations représentatives des usagers, organisations représentatives d'institutions et services, scientifiques, Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique...)

## **1.7. Un Conseil de monitoring financier et budgétaire**

Cette instance a pour mission le suivi et le contrôle budgétaire et financier. Elle formule différents types d'avis dans l'optique d'assurer une certaine stabilité financière : avis sur l'élaboration des budgets, avis

sur les propositions de conventions négociées au sein des commissions, avis divers sur demande du gouvernement wallon, du conseil général ou encore des comités de branches. Le Conseil est également chargé de remettre un rapport trimestriel sur l'évolution des dépenses et recettes de l'agence.

Il est composé d'un représentant de chacun des comités de branche, de l'inspection des finances, de la cour des comptes, de l'administration du budget de la Région et d'experts désignés par le gouvernement wallon.

### **1.8. Le contrat de gestion de l'AViQ<sup>8</sup> comme outil de pilotage des politiques**

Après plusieurs mois de rédaction et de négociation, le contrat de gestion de l'AViQ a été approuvé par le gouvernement wallon en juin 2017. Il s'agit d'un contrat signé entre le gouvernement wallon et l'AViQ, qui détermine les priorités et objectifs pour les 5 années à venir. Le principal enjeu est d'offrir un service de qualité à tous les Wallons en tenant compte d'une série d'évolutions sociales telles que, par exemple, la transformation des modèles familiaux, l'allongement de la vie, la croissance des maladies chroniques et des problématiques de santé mentale...

Il s'agit également de fixer les balises de l'AViQ pour garantir une continuité de services tout en accueillant, sur le plan opérationnel, les matières "santé et aide aux personnes" transférées par la 6<sup>e</sup> réforme de l'État.

Enfin, au regard des fonctions attribuées à cet OIP, l'AViQ se doit d'installer et de faire vivre une nouvelle culture institutionnelle au sein de son personnel et de ses différentes instances.

## **2. La mise en œuvre des compétences transférées**

La création de l'OIP wallon constitue l'aboutissement majeur de la première moitié de la législature. Par ailleurs, série de réformes sont en cours. Nous faisons ici le point, matière par matière.

### **2.1 La réforme du financement hospitalier**

En date du 9 mars 2017, le parlement wallon a adopté la réforme du mécanisme de financement des infrastructures hospitalières et de certains appareillages des services médico-techniques lourds. Cette réforme se décline en trois axes :

- Favoriser le développement rationnel du secteur hospitalier et les synergies inter hospitalières, tout en préservant la haute qualité des soins qui y sont proposés.
- Offrir aux citoyens des pôles d'excellence en soins médicaux avec des équipements de pointe adéquatement répartis sur le territoire, dans une optique de qualité-proximité-accessibilité.
- Garantir la soutenabilité des finances publiques grâce à un nouveau dispositif favorisant la responsabilisation des acteurs hospitaliers quant à leurs projets respectifs d'infrastructure.

Le gouvernement wallon compte, à terme, porter la capacité d'investissement à 430 millions d'euros par an, soit 14,5 millions pour l'entretien, 14,5 millions pour le remplacement, 289 millions pour la construction et 112 millions pour le matériel et les équipements. Il estime en outre que le montant aura tendance à diminuer compte tenu d'une réduction progressive du nombre de lits de 25%, ce qui devrait le porter en rythme de croisière aux alentours de 322,5 millions d'euros.

---

<sup>8</sup> Voir [www.avig.be/fichiers/Contrat-de-gestion-2017-2022-AVIQ.pdf](http://www.avig.be/fichiers/Contrat-de-gestion-2017-2022-AVIQ.pdf)

Le mécanisme de financement proprement dit consistera en la facturation, par l'hôpital, d'un prix maximum d'hébergement à la journée. Ce prix sera déterminé pour chaque hôpital par un calcul intégrant notamment le nombre de lits pour chaque type de service, le coût à la construction, le coût des remplacements, du matériel et des équipements, et de l'entretien. Ce prix maximum d'hébergement apparaîtra sur la facture du patient et sera intégralement payé par sa mutualité, qui récupérera les sommes auprès de l'AViQ. Les dépenses qui dépasseront ce prix d'hébergement devront être financées sur fonds propres des hôpitaux.

Tout prochainement, s'inscrivant dans ce nouveau cadre légal, un premier appel à projet pour l'élaboration d'un nouveau plan de construction hospitalier sera adressé aux hôpitaux wallons. Le Gouvernement devra ensuite se prononcer sur les différentes candidatures reçues et arrêter définitivement le plan.

## 2.2. La création de l'Assurance autonomie et la politique à l'égard des seniors

### 2.2.1. L'Assurance autonomie

En octobre 2017, le nouveau gouvernement MR-CDH a confirmé la mise en place d'une Assurance autonomie dont l'objectif est de répondre aux enjeux de l'allongement de vie et de la perte d'autonomie. Les grands contours de cette Assurance autonomie étaient connus. Ils avaient été tracés par l'ex-gouvernement PS-CDH.

Le système voulu est basé sur un principe d'assurance sociale obligatoire. Il s'agit donc d'un réel système de type "sécurité sociale" basé sur la solidarité entre tous les citoyens. Son financement sera assuré par une cotisation obligatoire perçue par les organismes assureurs auprès des résidents wallons âgés de 26 ans et plus. Cette cotisation s'élèvera à 25 euros par an (pour les bénéficiaires de l'intervention majorée -BIM) et à 50 euros par an (pour les non BIM). Les budgets actuels dédiés à l'aide à domicile et au dispositif d'aide à la personne âgée (APA) complèteront le financement pour un budget total de 416 millions d'euros.

Si la cotisation obligatoire sera liée à l'âge, l'Assurance autonomie sera, quant à elle, accessible à tout citoyen en situation de dépendance quel que soit son âge et pour autant qu'il réside en Wallonie. Concrètement, elle interviendra de deux manières selon le lieu de résidence du demandeur :

> **Au domicile** : selon son niveau de dépendance, la personne aura droit à un quota d'heures de prestations réalisées par des services d'aides agréés : aide-ménagère sociale, aide familiale, garde à domicile. Le coût à charge de la personne variera selon ses revenus.

Il s'agit d'un modèle différent de la *Zorgverzekering* flamande qui, pour sa part, octroie une allocation forfaitaire mensuelle au patient. Le gouvernement wallon justifie son choix par la nécessité de réguler les prestations, d'éviter la concurrence et de contrôler la qualité des services.

> **En maisons de repos**, le bénéfice de l'Assurance autonomie viendra en déduction de la facture d'hébergement en fonction des revenus du pensionnaire âgé de 65 ans et plus. L'Allocation forfaitaire autonomie (AFA) remplacera l'actuelle Aide aux personnes âgées (APA) transférée du fédéral à la Wallonie dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État.

Si les grands principes de l'Assurance autonomie sont désormais connus, il n'est cependant pas possible à ce stade d'évaluer l'étendue et la plus-value de ce système pour les citoyens. Tout dépendra des

critères retenus pour octroyer les droits, de l'étendue et du volume des services couverts. Le cadre légal attendu pour la fin de cette législature devrait nous éclairer à ce sujet.

Quel rôle joueront les mutualités dans le cadre de la future Assurance autonomie ? Le gouvernement wallon a la volonté de les impliquer dans sa gestion opérationnelle. Les mutualités devraient créer en leur sein un "service assurance autonomie" assurant les missions suivantes :

- informer et accompagner les membres ;
- encaisser les cotisations des affiliés ;
- contrôler les factures des services d'aide ;
- payer les services d'aide au domicile dans le cadre de leurs prestations ;
- traiter les demandes relatives à l'AFA : contrôle des conditions et versement de l'allocation
- Contrôler les évaluations du niveau de dépendance des bénéficiaires.

### **2.2.2. La réforme du secteur des maisons de repos**

Le gouvernement PS-CDH avait annoncé une réforme du secteur des maisons de repos. Il faut entendre par "maisons de repos" l'ensemble des institutions en ce domaine, concernées par la 6<sup>e</sup> réforme de l'État. Il s'agit des maisons de repos (MR), des maisons de repos et de soins (MRS), des centres de soins de jour (CSJ) et des centres de court séjour (CCS).

Cette réforme portait sur la politique des prix et leur régulation au sein des établissements et sur le mécanisme de financement du système. Rappelons qu'il s'agit ici du plus gros budget du volet santé et action sociale transféré par la Réforme de l'État, tant sur le plan des prestations que sur le plan des infrastructures. Suite à la chute du gouvernement PS-CDH, il est difficilement prévisible de mesurer la suite qui sera donnée à cet accord. La Ministre wallonne de la Santé, Alda Greoli, entend s'en inspirer fortement. Mais, à ce stade et à notre connaissance, aucun accord n'est intervenu au sein du nouveau gouvernement MR-CDH.

### **2.3. La réforme de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins**

La réforme de la première ligne de soins a fait l'objet d'une note cadre approuvée par le gouvernement wallon le 21 juillet 2016. Elle se décline en trois axes principaux.

#### **> Encourager la prise en charge intégrée des patients.**

Il s'agit, par exemple, de soutenir une recherche-action permettant l'adaptation du dispositif "ASSISTEO" (soit la délégation de tâches du médecin généraliste vers le personnel infirmier), de la réorganisation de la prise en charge des maladies chroniques suivant le Plan "Soins intégrés pour les malades chroniques" (plan conjoint Fédéral-Entités fédérées). Il s'agit aussi de favoriser la collaboration multidisciplinaire entre professionnels de la santé, d'optimiser l'approche de prévention et enfin de réformer le secteur palliatif wallon.

#### **> Développer l'offre de soins dans les zones en pénurie, principalement en milieu rural.**

Ayant repris les compétences de l'ancien Fonds fédéral Impulseo, la Région Wallonne encourage, par l'octroi de primes, l'installation de médecins généralistes en solo ou en groupe. Elle soutient aussi les associations de santé intégrée en milieu rural (principalement les maisons médicales).

#### **> Instaurer une évaluation continue des dispositifs et améliorer l'information du public sur les dispositifs existants.**

## **2.4. La politique en matière de santé mentale**

Le nouveau gouvernement wallon n'a pas encore transmis sa vision quant à l'exercice des compétences qui lui reviennent dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit principalement des initiatives d'habitations protégées (IHP), des maisons de soins psychiatriques (MSP) et des plateformes psychiatriques. Cependant, au Parlement de Wallonie, le ministre Maxime Prévot, puis par la suite la ministre Alda Greoli se sont régulièrement exprimés pour mener une politique résolument axée sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

## **2.5. La politique de prévention**

De septembre à décembre 2017, de nombreux acteurs se sont réunis en focus groupe afin de jeter les bases du futur plan de prévention et de promotion de la santé en Région Wallonne. Les lignes directrices de ce plan sont notamment sa durabilité (horizon 2030 avec évaluation régulière) ainsi que sa transversalité associant l'ensemble des membres du gouvernement dans leur propre champ de compétences. Les différents constats, recommandations et propositions d'objectifs stratégiques, généraux et opérationnels sont actuellement en cours de traitement afin de finaliser ce plan.

## **3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés**

Les orientations prises par la Wallonie devraient garantir une association étroite de différents acteurs de la société civile à la définition des politiques sociales. Ainsi, elles préservent un modèle de protection sociale qui a fait ses preuves au fédéral et responsabilise les acteurs concernés à sa gestion.

Autrement dit, le modèle donne un certain nombre de garanties permettant aux mutualités de continuer à défendre les réalités et besoins de leurs membres tout en leur donnant des responsabilités dans la mise en œuvre des politiques et la cogestion des budgets qui y sont liés.

Via la gestion paritaire à l'AViQ, on constate, en outre, que les organismes assureurs cogèreront aussi à l'avenir des compétences jusque-là dévolues à l'administration de la santé en Wallonie. C'est notamment le cas du secteur des aides à domicile, incluant les différents types de dispositifs de soutien visant le maintien de l'autonomie (la télévigilance, par exemple).

## LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

### 1. Les modèles de gouvernance, de gestion et de concertation

Les autorités bruxelloises se sont attelées dès le début de la législature actuelle à définir le modèle qui permettrait l'organisation et la gestion des politiques transférées. En la matière, elles ont montré l'exemple puisqu'elles étaient les premières à valider au Collège réuni de la COCOM un avant-projet d'ordonnance créant, fin 2014, un nouvel organisme d'intérêt public (OIP) basé sur un modèle de gestion paritaire : Iriscare.

C'était sans compter sur la complexité politique et institutionnelle bruxelloise. Les avis officiels formulés par les représentants de la société civile démontrent que la proposition a été accueillie tièdement. Le Collège a été renvoyé à sa copie. Au sein du Collège réuni, il a fallu ensuite rapprocher les partisans d'un modèle de gestion entièrement confié à l'administration et ceux plaidant pour un modèle de gestion paritaire. Ce n'est finalement qu'en juillet 2016 qu'un nouvel accord est intervenu. L'avant-projet est donc passé en seconde lecture et s'est trouvé en septembre 2016 entre les mains du Conseil d'État. Finalement, après avoir fait l'objet de débats en Commission Santé et Affaires sociales, le projet d'ordonnance a été adopté le 23 mars 2017. Cette ordonnance détaille le fonctionnement de la structure (voir ci-dessous) et précise également que certaines matières ne seront pas gérées par IRISCARE, mais par l'administration de la COCOM.

#### 1.1 IRISCARE, nouvel OIP

Concrètement, Iriscare sera chapeauté par un **Comité général de gestion** chargé de l'intendance de l'organisme et de la gestion de son budget global. Ses missions :

- fixer le budget de missions de l'OIP,
- assurer la conclusion du contrat de gestion,
- définir les grandes orientations de la gestion administratives de l'OIP,
- consolider les comptes et
- fixer la proposition de budget qui sera transmises au Collège réuni.

Le comité général de gestion sera composé paritairement de représentants des interlocuteurs sociaux, des organismes assureurs, des prestataires de soins et du collège réuni. Les caisses d'allocations familiales et les organisations familiales seront également présentes. Selon le type de décision qui s'y prendra, ses membres auront ou non le droit de vote. Ainsi, par exemple, les organismes assureurs et les prestataires y siègeront uniquement à titre consultatif lorsqu'il s'agira de décisions relatives aux allocations familiales.

Les budgets des deux branches seront quant, à eux, cogérés respectivement par deux instances qui auront, par ailleurs, une mission consultative sur une série de politiques les concernant :

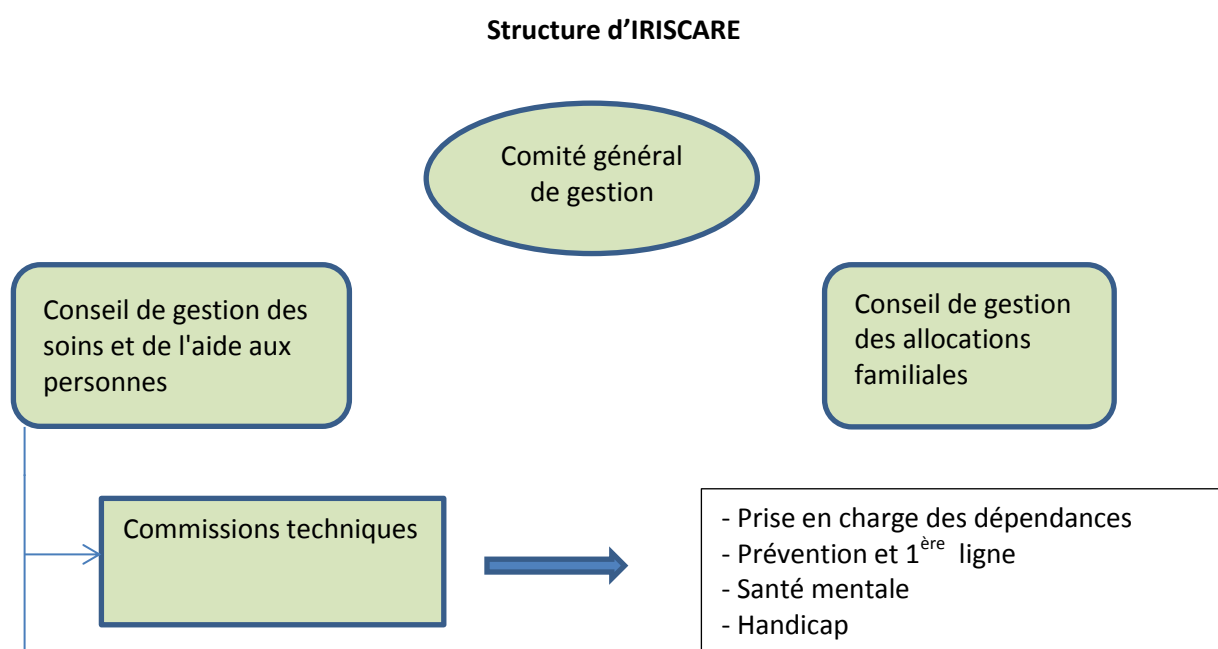
- **le Conseil de gestion des soins de santé et de l'aide aux personnes et**
- **le Conseil de gestion des allocations familiales.**

Le Conseil de gestion des soins de santé et de l'aide aux personnes sera composé paritairement de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins. Les interlocuteurs sociaux seront aussi de la partie ainsi que deux commissaires du gouvernement et un représentant du Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la COCOM. Ce Conseil sera soutenu dans ses

missions et effectuera les arbitrages nécessaires aux propositions formulées par **4 commissions techniques**. Ces dernières, composées paritairement de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins, identifieront les besoins nécessaires au développement de leurs politiques et négocieront des accords et conventions *ad hoc*.

Le Conseil de gestion des allocations familiales sera, quant à lui, composé paritairement des représentants des interlocuteurs sociaux, des organisations familiales et des caisses d'allocations familiales. Y seront également présents deux commissaires du gouvernement.

Pour autant, IRISCARE ne sera pas compétent pour gérer *toutes* les matières "santé et aides aux personnes" transférées dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État. Cela signifie que les matières qui seront gérées par l'administration de la COCOM (voir ci-après) échapperont à la gestion paritaire et au contrôle des organismes assureurs et des interlocuteurs sociaux.



## 1.2. L'administration de la COCOM

Concrètement, les matières suivantes seront gérées par l'administration de la COCOM :

- l'entière responsabilité de la politique hospitalière ;
- la politique de dispensation des soins en santé mentale dans les institutions autres que les hôpitaux (excepté le financement lié à des prestations aux individus) ;
- l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professionnels de ces soins (excepté le financement lié à des prestations aux individus comme par exemple le remboursement de l'intervention d'une équipe de soins palliatifs). IRISCARE aura néanmoins une compétence d'avis sur ces matières ;

- l'éducation sanitaire, les activités, services et initiatives de médecine préventive (excepté le financement lié à des prestations aux individus comme par exemple l'intervention pour le sevrage tabagique)
- toute la politique liée aux infrastructures des matières traitées dans IRISCARE, qui conservera néanmoins et uniquement une compétence d'avis pour celle-ci.

### 1.3. Collaboration et opérationnalisation

La décision, issue d'un compromis politique délicat, a donc été prise de ne pas confier l'ensemble des compétences transférées au seul nouvel OIP. Cependant, un protocole de collaboration est prévu entre l'OIP et l'administration notamment pour la préparation et le suivi des agréments par l'administration ou pour tout autre service rendu par l'OIP à l'administration. Si ces derniers peuvent constituer des services communs "tout en respectant l'autonomie de gestion" de chacune des entités, nous aurons – dans le faits – plus que probablement des services traitant les mêmes domaines mais relevant d'autorités différentes et qui *in fine* seront amenés à travailler ensemble. Ça ne s'annonce pas simple... Pour la MC, il est regrettable que la nécessité d'un compromis politique ait pris le dessus sur l'efficacité et l'efficacité du dispositif imaginé.

L'opérationnalisation de l'Ordonnance, et donc l'installation effective d'IRISCARE, doit encore prendre forme. 2018 sera à cet égard une année charnière, puisque l'OIP devra être en capacité de gérer les matières transférées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## 2. Quelques chantiers politiques en cours en matière de santé et d'aide aux personnes

Parallèlement à la création d'IRISCARE, les autorités bruxelloises ont également lancé un certain nombre de chantiers. Nous en détaillons quelques-uns ci-après.

### 2.1. Le plan santé Bruxellois

Ce plan s'inscrit dans la déclaration politique du Collège réuni (CR) de la COCOM : "*Le CR proposera le développement d'une politique globale de santé intégrant tous les leviers issus de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État et en concertation avec l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur... Le Plan de Santé Bruxellois (PSB), en lien avec les Communautés œuvrant sur le territoire bruxellois, doit inciter à une plus grande efficacité du secteur en regard des besoins de santé des Bruxellois*".

Afin de concrétiser ce projet, un important processus participatif a été mis en place par le Collège réuni : de mai à juillet 2015 une dizaine de groupes de travail thématiques (MR-MRS, santé mentale, prévention et promotion de la santé, revalidation, e-santé...) ont réuni, à de nombreuses reprises, les représentants des acteurs de terrains, les associations de patients, les organismes assureurs et les interlocuteurs sociaux.

Leur mission consistait à formuler des propositions visant à rencontrer les objectifs suivants :

- l'amélioration de l'accessibilité aux soins tant sur le plan géographique, que social et financier,
- la reprise efficace des matières transférées par la 6<sup>e</sup> réforme,



- la création d'une politique cohérente de santé, impliquant une coordination avec l'ensemble des entités politiques compétentes.

Plusieurs lignes directrices balisaient ce travail d'élaboration et de mise en œuvre du PSB :

- l'efficacité des moyens disponibles,
- l'approche centrée sur les besoins du patient/citoyen,
- le décloisonnement entre secteurs et entre le social et la santé,
- la transition numérique,
- le vivre ensemble / la multi-culturalité.

Après une mobilisation intense et énergivore, les premiers résultats ont été présentés aux participants. Une conclusion s'est imposée : le travail devait se poursuivre. Certains groupes ont donc poursuivi mais ce fut loin d'être le cas tous. Voilà maintenant près de deux ans que le Collège réuni s'empare des résultats de ses travaux sans pour autant présenter de décisions concrètes. S'il rencontre bien ses ambitions initiales, ce Plan Santé Bruxellois pourrait devenir une pièce maîtresse du développement des futures politiques de santé. Mais avant cela, il devra être finalisé...

## 2.2. L'allocation d'aide aux personnes âgées et l'assurance autonomie

Tout comme en Région Wallonne, l'assurance autonomie fait des potentiels projets bruxellois. Prudent dans son engagement, le Collège réuni s'est accordé pour réaliser une étude de faisabilité. De nombreux paramètres devaient en effet être pris en compte : la complémentarité avec la *zorgverzekering* (assurance autonomie flamande facultative à Bruxelles), la soutenabilité financière du dispositif, la manière d'organiser ce modèle assurantiel, le rôle des acteurs, le type de couverture offerte...

Cette analyse a été confiée à un consortium universitaire, le "Brussels Studies Institute" (BSI), structure permanente émanant d'une convention de collaboration entre les trois universités bruxelloises: l'Université Libre de Bruxelles (ULB), de Vrije Universiteit Brussel (VUB) et l'Université Saint-Louis Bruxelles (USL-B)... Sur base des résultats de cette analyse, aucun accord politique clair n'a pu être trouvé. Le Collège réuni n'a pu trancher les modalités précises que pourrait revêtir une assurance autonomie bruxelloise. Il a dès lors été décidé de relancer une seconde étude visant à identifier les besoins en matière de dépendance (et donc de développement de l'autonomie) à Bruxelles, afin d'y voir plus clair.

Parallèlement à l'Assurance autonomie, s'est longtemps posée la question de l'avenir de l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA), matière transférée du SPF Affaires sociales (DG Handicap). En effet, dans sa déclaration politique, le Collège envisageait de développer une assurance autonomie *"au départ de l'APA, transférée intégralement à la COCOM, transformée selon les principes d'une assurance et non seulement d'une politique d'assistance, intégrée dans une gestion paritaire"*. Pour autant, le Collège réuni a finalement décidé de maintenir l'APA en l'état, et des discussions sont en cours actuellement pour déterminer selon quelles modalités les organismes assureurs pourraient assurer la gestion de ce dispositif à l'avenir.

Enfin, comme développé plus haut, les autorités bruxelloises devront également intégrer dans leurs réflexions le fait que la VSB de manière générale, et donc l'APA flamande et la *zorgverzekering* (l'assurance autonomie flamande) entre autres, sont accessibles sur base volontaire aux citoyens bruxellois (selon l'avis du Conseil d'État). Les accords de coopération nécessaires à la cohabitation de ces

dispositifs ainsi qu'à la bonne portabilité des droits d'une entité fédérée à l'autre devront être pris rapidement.

### **2.3. Un moratoire en MR-MRS**

En 2016, le Collège réuni a décidé de réguler l'offre de lits dans le secteur des maisons de repos. En effet, en comparaison avec les autres entités fédérées, la situation bruxelloise de l'offre dans ce secteur comporte plusieurs particularités :

- Un nombre important de lits - en très grande majorité de maison de repos pour personnes âgées (MRPA) - possèdent une autorisation de mise en service et d'exploitation, mais ne sont pas exploités (2.461 lits).
- En comparaison avec la Flandre et la Wallonie, les Bruxellois ont tendance à entrer plus tôt en maison de repos et y sont en moyenne moins dépendants (38% des résidents ont un profil de dépendance légère).
- La Région de Bruxelles-Capitale dispose d'une plus faible proportion de lits de maisons de repos et de soins (MRS) (40% contre 50% pour la Belgique). Sur 15.417 lits, 6.047 sont des lits (MRS).
- Globalement, 24% des lits relèvent des CPAS, 10% du secteur privé ASBL et 66% du secteur privé lucratif. Pour les lits MRPA, 19% de ces lits relèvent des CPAS, 7% du secteur privé ASBL et 74% du secteur privé lucratif. Pour les lits MRS, 32% de ces lits relèvent des CPAS, 15% du secteur privé ASBL et 53% du secteur privé lucratif.

Sur la base de ces constats - principalement le nombre trop important de lits non exploités et la surreprésentation de lits MRPA - le Collège réuni souhaite développer une programmation plus contraignante. La première étape consiste à instaurer un moratoire à durée déterminée visant à ne plus donner de nouvelles autorisations de mise en service et d'exploitation. Cette mesure concerne tant les lits en MRPA que les lits en MRS ou encore les lits de court séjour, y compris les lits « en portefeuille » (lits pour lesquels une autorisation a été obtenue mais qui ne sont pas encore exploités). D'autre part, afin de mieux faire correspondre l'offre avec les besoins, les institutions auront la possibilité de reconverter des lits MRPA en lits MRS ou court séjour.

Concrètement, l'objectif est donc de réorienter 600 lits "Maison de repos" en 400 lits "Maison de repos et de soins", qui offrent un accompagnement spécifique pour les patients dépendants, et 120 lits "Maison de repos" seraient transformés en 100 places de "Court séjour". Ces mesures visent à permettre aux seniors de rester le plus longtemps à leur domicile. Cette opération donnera la priorité aux CPAS et au secteur associatif, afin de mieux équilibrer le poids des différentes institutions à Bruxelles.

### **2.4. Un nouveau décret pour la promotion de la santé à la COCOF**

En Région de Bruxelles-Capitale, il n'y a pas que la COCOM. En ce qui concerne la promotion de la santé, la COCOF reste un acteur de premier plan, même si la COCOM aura également un rôle important à jouer en la matière à l'avenir.

En effet, alors que - suite à la réforme de l'État - le décret de 1997 organisant la promotion de la santé en Communauté française devenait caduc, la COCOF a souhaité limiter ce vide juridique en faisant adopter son propre décret en février 2016. Son but ? Développer une stratégie d'amélioration de la santé de la population et de réduction des inégalités sociales de santé.

Voici les lignes directrices de ce nouveau décret :

- Un plan de promotion de la santé globale sert de cadre de référence pour les différents acteurs. Sa vocation est d'évoluer en fonction des priorités définies par les autorités.
- Une instance de pilotage de la politique sera créée. L'administration en assurera le secrétariat et la coordination.
- Des mécanismes de consultation sont mis en place. Une section "promotion de la santé" sera créée au sein du Conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé de la COCOF.
- Le dispositif sera organisé en trois niveaux :
  - en première ligne, des acteurs et réseaux de promotion de la santé seront chargés de la mise en œuvre des programmes, projets et activités, dans le respect de ce qui est défini dans le plan de promotion de la santé ;
  - en deuxième ligne, des services d'accompagnement et de support ainsi que des centres de référence développent une expertise utile à la promotion de la santé. Ils feront bénéficier de cette expertise l'instance de pilotage et les acteurs. Les centres de référence organiseront, quant à eux, la coordination des programmes de médecine préventive ;
  - l'administration apportera un appui à l'instance de pilotage, en ce compris l'élaboration du plan de promotion de la santé et son évaluation.

Suite à l'adoption du décret en 2016, le Plan a été lancé en 2017. Il s'agit, à travers ce premier Plan, de redéployer le dispositif de promotion de la santé en Région bruxelloise, notamment par la mise en œuvre de stratégies et d'actions concrètes portées par des acteurs mais aussi en poursuivant, en initiant ou en participant à des concertations interministérielles. Pour ce faire, le Plan reprecise les fondements de la promotion de la santé et met l'accent sur des démarches spécifiques.

On soulignera, dans ce dispositif, la mise en place d'un mécanisme de concertation avec les autres entités fédérées. Si le pilotage garantira une certaine cohérence dans les stratégies développées, il faudra nécessairement veiller à ce que les acteurs associatifs de terrain ne soient pas considérés par les pouvoirs publics comme de simples opérateurs. Cela impliquera une attention spécifique à leur concertation et au respect de leur liberté associative. À cet égard, on peut déjà déplorer la logique dans laquelle le Plan tend à s'incarner, c'est-à-dire via un appel à projets, logique ne permettant pas le développement d'approches à long terme, et dans laquelle les acteurs associatifs sont fragilisés.

### **3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés**

Si la répartition alambiquée des compétences entre l'administration de la COCOM et Iriscare ne facilite pas la lisibilité du modèle - ni ne garantit l'efficacité de son fonctionnement - la MC se réjouit tout de même de la création d'IRISCARE, institution bruxelloise incarnant la gestion paritaire des matières qu'elle a à sa charge à l'instar de l'Inami au niveau fédéral. Dans ce cadre, les mutualités pourront donc continuer à jouer leur rôle de co-gestionnaire responsable de la sécurité sociale. Ceci est fondamental, alors que les corps intermédiaires sont attaqués de toutes parts, et que le rôle des organismes assureurs dans la co-gestion des politiques a été sensiblement diminué dans d'autres entités fédérées, en Flandre et en Communauté germanophone, précisément.

## LA COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

### 1. Le modèle de gouvernance, de gestion et de concertation

Pour implémenter et gérer les nouvelles compétences concernant les soins de santé et l'aide aux personnes, la Communauté germanophone a décidé de mettre en place un modèle hybride de gouvernance :

- L'administration gèrera et mettra en œuvre les matières liées à la "santé" : prévention et promotion de la santé, revalidation, financement des infrastructures hospitalières et des maisons de repos (et de soins).

- Un nouvel organisme d'intérêt public (OIP), la "*Dienststelle für ein Selbstbestimmtes Leben*" (DSL) - l'agence pour une vie autodéterminée - gèrera les matières liées à l'aide à la personne, plus précisément tout ce qui concerne les personnes dépendantes indépendamment de leur âge.

Créée au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sous forme de guichet unique, cette nouvelle agence s'adresse aux personnes dépendantes et à leurs proches, ainsi qu'aux malades de longue durée. L'intention est de donner aux citoyens tous les moyens nécessaires pour vivre en toute autonomie. Ses tâches principales sont l'information, le conseil et l'accompagnement de la personne dépendante et de son entourage. De plus, elle a le devoir d'élaborer des propositions et politiques dans les matières du handicap et des seniors et assure ainsi une fonction de conseil auprès du gouvernement de la Communauté germanophone.

À partir de janvier 2019, la DSL évaluera le niveau de dépendance des résidents en maison de repos et en maison de repos et de soins, ainsi que le degré de handicap des enfants dans le cadre des allocations familiales majorées.

Comme tout OIP, la DSL dispose d'un Conseil d'administration composé en partie paritairement. Y sont représentés avec voix délibérative : les représentants des employeurs et des travailleurs ainsi que les organismes assureurs. Les représentants des prestataires de soins n'ont, quant à eux, qu'une voix consultative.

### 2. La mise en œuvre des compétences transférées

#### 2.1. Le financement des infrastructures hospitalières

Le gouvernement a pris une décision au sujet du financement des infrastructures hospitalières : les hôpitaux germanophones pourront bénéficier de subventions à hauteur de 80% pour leurs projets d'infrastructure. Les subventions sont toutefois conditionnées au renforcement de la collaboration des deux hôpitaux situés sur le territoire de la CG et à la mise en place d'une la collaboration avec une institution hospitalière partenaire - actuellement le CHC de Liège.

Les mutualités craignent qu'un financement insuffisant des hôpitaux ait des effets négatifs pour les patients qui risquent de voir grimper leurs factures.

## 2.2. La prévention

La CG souhaite mettre en place une politique concertée entre les acteurs et impliquer les mutualités comme acteurs dans le cadre du concept de promotion de la santé. Le décret de Promotion de la santé a d'ailleurs été adapté en fonction, permettant le financement de projet pilotes dans le cadre du concept élaboré par l'administration. Très sensibles et attentives à ce sujet, les mutualités souhaitent toutefois garder leur liberté d'initiative en la matière.

## 2.3. L'hébergement des personnes âgées

Actuellement les politiques liées aux institutions d'hébergement pour personnes âgées sont sujet de discussions et de négociations. Le rôle que les mutualités joueront à l'avenir dans les procédures de financement et de contrôle n'est toujours pas clairement défini.

Les mutualités souhaitent garder une implication forte telle qu'elle est exercée aujourd'hui afin de garantir une représentation des intérêts des patients et assurer une utilisation correcte des moyens financiers.

Alors que la DSL ne sera chargée de définir les niveaux de dépendance des résidents en MR/MRS qu'à partir de 2019, déjà aujourd'hui les mutualités se voient privées des tâches de contrôle de ces niveaux de dépendance qu'elles assumaient jusqu'ici.

## 2.4. L'assurance autonomie

Le gouvernement a commandé une étude de faisabilité d'une assurance autonomie en CG. Toutes les options sont actuellement ouvertes : pas d'assurance autonomie, un modèle d'assurance autonomie propre à la CG, une collaboration avec la Flandre, un modèle de collaboration avec la Wallonie. Le gouvernement ne souhaite pas se prononcer aujourd'hui pour l'une ou l'autre option tant que les résultats de l'étude ne sont pas disponibles.

## 2.5. Les aides à la mobilité

La Communauté germanophone est la première des entités fédérées à avoir reprise la compétence des aides à la mobilité. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, elle la gère de manière autonome. La DSL agit comme opératrice et traite les demandes.

Toute personne souhaitant ou nécessitant une aide à la mobilité doit se présenter à la DSL.

Trois processus sont possibles : une demande d'aide à la mobilité standard, une demande d'une aide à la mobilité nécessitant une adaptation et une demande d'une aide à la mobilité "sur mesure". La DSL a repris les modalités d'introduction de demande et de remboursement de l'Inami. La mise en pratique ne s'est pas fait sans difficultés ; les retards dans le traitement des dossiers se sont accumulés dans les premiers temps, en raison d'un manque d'expertise. La situation est maintenant redevenue normale, les demandes étant traitées convenablement.

## 3. La place des mutualités et l'avis de la MC sur la mise en œuvre des compétences transférées et sur les choix politiques opérés

Dans le modèle de gestion mis en place par la CG dans les matières transférées, les organismes assureurs n'ont plus de place active. La seule porte qui leur reste ouverte a pour cadre la prévention et

la promotion de la santé à travers le nouveau concept de promotion de la santé. Elles ont deux voix délibératives au Conseil d'administration de la DSL mais elles ne sont plus comme telles co-gestionnaires avec les prestataires de soins, comme c'est le cas au niveau de l'assurance soins de santé et indemnités fédérale.

Pour maintenir leur capacité d'influence, faire percoler leurs projets et défendre leur vision de la santé voire de la société, les mutualités présentes sur le territoire de la CG ont créé, fin 2015, une Plateforme de concertation similaire à celle qui existe au niveau fédéral (le CIN) : la plateforme de concertation des organismes assureurs en Communauté germanophone. Cette plateforme coordonne la concertation autour des positionnements à défendre dans l'intérêt des membres auprès des pouvoirs publics. Son implication active dans les lieux de concertation et de décision est en effet indispensable.

Alors que le gouvernement a mis en œuvre, par la DSL, une structure partiellement gérée paritairement, les enjeux sont liés à la mise en place d'une forme de gestion qui rassemble tous les acteurs qui cogèrent déjà actuellement les matières de la sécurité sociale et qui apportent donc une solide expertise et beaucoup de savoir-faire.

Plus fondamentalement, la MC se demande si la CG pourra, à l'avenir, gérer les matières transférées de la sécurité sociale en apportant aux citoyens la même qualité de service et le même niveau de sécurité (sociale dans ce cas). Tout dépend des politiques de santé et de bien-être qui seront mises en place. L'enjeu est crucial au vu de la petite taille de la CG, des évolutions démographiques et des spécificités liées à la mobilité des habitants. Il est important que les responsables politiques prennent conscience de la nécessité de dégager les moyens adéquats pour remplir leurs missions, qu'elles soient politiques, de gestion ou de services. Ces politiques devront être efficaces, finançables et surtout proches des besoins des gens.

Les mutualités identifient aujourd'hui une gestion des soins et de l'aide à la personne, fortement marquée par l'intervention des pouvoirs publics.

=====

**Le service presse de la MC est à la disposition des journalistes pour toute demande d'informations complémentaires et d'interviews.**

Joëlle Delvaux - 0473/52 77 37 • [presse@mc.be](mailto:presse@mc.be)