



Note d'éducation permanente  
de l'ASBL Fondation Travail-Université (FTU)  
N° 2013 – 01, mars 2013  
[www.ftu.be/ep](http://www.ftu.be/ep)

## Transferts de compétences de sécurité sociale

### *Comment organiser la protection sociale fédérée ?*

*La longue crise politique pour la formation d'un gouvernement qui a connu son apogée suite à la nouvelle victoire de la NVA aux élections de juin 2010, s'est terminée par un accord sur une 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat en octobre 2011. La scission de l'arrondissement électoral et judiciaire de Bruxelles-Hal-Vilvorde a pu probablement apparaître comme la réforme la plus importante. Pourtant la réforme du financement des Régions et Communautés et le transfert de compétences de sécurité sociale aux entités fédérées auront davantage de conséquences pour l'ensemble des citoyens. Explication des enjeux de ce transfert portant des pans importants de la sécurité sociale que sont les allocations familiales, une partie de l'assurance soins de santé<sup>1</sup>, et certaines compétences de l'ONEM dont le contrôle des chômeurs. Et propositions de réponses à plusieurs questions qui se posent. Comment garantir le maintien de ces droits de sécurité sociale pour tout un chacun et la continuité du versement des allocations et du remboursement des soins ? Comment organiser ces matières dans les entités fédérées pour maintenir l'efficacité de notre sécurité sociale et notamment l'accessibilité financière des soins de santé ? Comment permettre la plus grande convergence possible entre les protections sociales wallonne, bruxelloise et germanophone ? Quels mécanismes de financement peuvent-ils faire assurer la couverture des prestations dans le cadre de la solidarité entre les personnes ?*

<sup>1</sup> La défédéralisation porte sur quelque 14% des dépenses de l'assurance soins de santé gérée au sein de l'INAMI.

## RAPPEL HISTORIQUE

Les partis francophones, la FEB et les organisations sociales ont toujours refusé une scission - même partielle - de la sécurité sociale, au nom de la solidarité entre les personnes et de l'efficacité du système. En revanche, le Parlement flamand s'était prononcé dès 1999 pour une scission des allocations familiales et des soins de santé. En réalité, divers arguments en faveur de la défédéralisation se sont succédé dans le temps.

- Dans les années 80 était mise en avant l'importance des transferts financiers dits « non justifiés » de Flandre vers la Wallonie et Bruxelles. Mais les écarts de dépenses « non justifiés » ont globalement été réduits à néant au cours des années 90.
- Le second argument est lié au fait que des compétences de santé comme la prévention et la politique familiale (hors allocations familiales) étaient déjà communautarisées. Côté flamand, on souhaitait donc réunir les compétences de santé et familiales dans des « paquets homogènes de compétences » sous le même niveau de pouvoir afin de pouvoir mener des « politiques cohérentes ».
- Troisième argument : les régions vivent des situations trop différentes que pour mener une politique commune en matière d'emploi. Au début des années 2000, il est en effet apparu qu'il était difficile de s'accorder sur les mesures à prendre en matière d'emploi au fédéral notamment en matière d'activation des chômeurs parce que la Flandre connaît une relative pénurie de travailleurs qualifiés en beaucoup d'endroits alors que le chômage reste important en Wallonie et à Bruxelles. Une série de mesures d'emploi passant par l'ONEM seront donc transférées aux Régions ainsi que le contrôle des chômeurs, même si les règles en cette matière resteront fédérales.
- Enfin, de nombreux acteurs se sont prononcés en Flandre pour une responsabilisation des Régions et des Communautés. C'est pourquoi le nouveau financement des entités fédérées modifiera à la baisse les mécanismes de solidarité et attribuera davantage de pouvoir fiscal aux Régions. Ceci, pour inciter les entités fédérées à mener des politiques plus efficaces, notamment en matière économique et d'enseignement, ce qui contribuera à réduire les transferts Nord-Sud de sécurité sociale. Un plus haut taux d'emploi par exemple ferait baisser les dépenses fédérales de chômage et augmenter les rentrées de cotisations.

Ces arguments évidemment discutables<sup>2</sup> côtoient aussi d'autres ressorts comme les stéréotypes, amplifiés par la poussée nationaliste des dernières années.

## L'ACCORD INSTITUTIONNEL DE L'AUTOMNE 2011

Que prévoit l'accord<sup>3</sup> entre les partis qui ont depuis formé le nouveau gouvernement fédéral, plus Ecolo et Groen ? Il transfère aux Communautés les allocations familiales (5,9 milliards d'euros en 2011) et confirme un accord antérieur de leur transférer le FESC (Fonds d'équipement et de services collectifs - 78 millions d'euros) qui finance des services d'accueil de l'enfance. Dans le domaine de la santé, les Communautés reçoivent principalement les soins en maisons de repos et en maisons de repos et de soins (MRS), les soins en maisons de soins psychiatriques, les centres de revalidation, les

<sup>2</sup> Voir à ce propos : *Défédéraliser la sécurité sociale*, P. Feltesse, notes d'éducation permanente n°2008-15 et 2008-16 et *La sécurité sociale et le clivage communautaire*, P. Reman et P. Feltesse, n° 2011-8 ([www.ftu.be/ep/publi.html](http://www.ftu.be/ep/publi.html)).

<sup>3</sup> *Un Etat fédéral plus efficace et des entités plus autonomes. Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat*, 11 octobre 2011.

normes d'agrément et les investissements hospitaliers, les compétences de prévention qui étaient restées fédérales et l'aide à la personne âgée (dépendante) (APA)<sup>4</sup>, le tout pour 4,2 milliards d'euros. Par contre, vu que la politique de l'emploi est déjà largement régionalisée, c'est aux Régions que va le contrôle des chômeurs ainsi que des mesures d'emploi comme les titres-services, les réductions de cotisations pour les groupes cibles, la réinsertion des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (art 60 et 61), le congé éducation payé, l'octroi de permis de travail, etc.

Pour Bruxelles, les allocations familiales et les soins de santé ne dépendront pas de la Communauté française mais de la COCOM<sup>5</sup> pour éviter que les Bruxellois reçoivent des allocations et des prestations de santé différentes selon leur appartenance linguistique. Mais il y a encore des différences d'interprétation. Par exemple, les maisons de repos francophones et flamandes unilingues, dépendront-elles de la COCOM ou respectivement de la COCOF ou de la VGC ?<sup>6</sup>

La réforme prévoit également que chacune des branches de la sécurité sociale des entités fédérées recevra une dotation du Fédéral sur base des dépenses au moment du transfert, sauf que pour les matières liées à l'emploi seuls 90% du budget seront transférés. Les dépenses d'allocations familiales seront réparties entre entités sur base du nombre d'enfants de 0 à 18 ans, celles de soins de santé aux personnes âgées et d'APA sur base des plus de 80 ans et les autres soins en fonction de la population totale, tandis que les matières d'emploi le seront sur base des recettes d'imposition des ménages perçues dans chaque Région.

Or, ces clés de répartition défavorisent clairement Bruxelles et la Wallonie. On ne tient par exemple pas compte du fait qu'il y a davantage d'allocations familiales majorées versées aux parents au chômage, ou que la durée moyenne des études au-delà de 18 ans est supérieure à cause d'un taux plus élevé de redoublements et d'une durée plus longue des masters francophones. C'est une traduction du principe de responsabilisation évoqué plus haut. Autre exemple, les matières d'emploi transférées seront financées sur base des recettes fiscales par habitant, moins élevées dans ces régions qu'en Flandre, alors que le chômage y est plus important.

Les dotations évolueront ensuite suivant des clés. Les dépenses de santé en maisons de repos et MRS croissent bien plus vite (9% l'an) que la clé<sup>7</sup>. L'écart croissant pèsera un peu plus lourd en Wallonie qu'à Bruxelles parce que la population wallonne vieillira plus vite<sup>8</sup>. Par contre le sous-financement des allocations familiales s'accroîtra davantage à Bruxelles vu son plus haut taux de natalité. D'où l'importance d'une solidarité Wallonie-Bruxelles.

## DES DROITS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le transfert fait craindre que des droits de sécurité sociale qui bénéficient aujourd'hui aux personnes soient transformés en subsides à des institutions comme des maisons de repos ou que l'on diminue

<sup>4</sup> L'APA est un montant versé à la demande sous condition de revenu pour couvrir les aides à domicile.

<sup>5</sup> COCOM : commission communautaire commune ; COCOF : commission communautaire francophone ; VGC : commission communautaire néerlandophone.

<sup>6</sup> Voir notamment à ce propos : P. Palsterman, *Les aspects sociaux de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011*, CRISP, CH n°2127-2128, 2012. et J-P Nasaux, *Les aspects bruxellois de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011*, CRISP, CH n°2129-2130, 2012.

<sup>7</sup> Clé d'évolution de la dotation pour les soins aux personnes âgées : évolution du nombre de personnes de plus de 80 ans + inflation + 82,5% de l'évolution du PIB/habitant.

<sup>8</sup> De 2010 à 2040, la population de 85 ans et plus aura augmenté de 42% à Bruxelles, de 109% en Wallonie et de 145% en Communauté germanophone ! (*Perspectives de population 2010-2060*, Bureau fédéral du Plan - spf-Economie, déc 2011)

les allocations familiales pour financer davantage de crèches ou de maisons de repos. La tentation sera grande, vu le sous-financement évoqué plus haut. Or, même s'il est nécessaire de remédier au manque de places d'accueil de l'enfance, les allocations familiales constituent pour beaucoup de familles un complément indispensable pour ne pas sombrer dans la pauvreté. Elles ont aussi l'avantage de bénéficier à tous les enfants et pas aux seuls usagers de services. Quant aux maisons de repos, elles sont financées suivant le degré de dépendance de leurs pensionnaires, mais c'est le pensionnaire qui bénéficie du droit à cette intervention. L'argent suit le patient, qui a le libre choix de la maison de repos comme du médecin. Dans un système de subsidiation, les maisons de repos seraient financées suivant des normes qualitatives mais indépendamment de l'appréciation des pensionnaires et des familles. Pour éviter tout cela, les droits à la sécurité sociale et les niveaux actuels de couverture relevant des matières transférées devraient être garantis par la Constitution et précisés dans une loi spéciale votée à la majorité des deux tiers.

## GESTION PARITAIRE ET CONCERTATION SOCIALE

Si notre sécurité sociale est fortement légitimée dans la population, c'est parce qu'elle est solidaire, efficace et performante, et qu'elle s'adapte aux besoins de la société. Pour chacun qui contribue à son financement sa vie durant, il est important que ses droits ainsi constitués soient préservés et qu'ils donnent lieu effectivement aux allocations escomptées et beaucoup plus tard à une pension, à des remboursements suffisants des soins dont les coûts croissent avec l'âge. Or, la gestion de la sécurité sociale réunit une pluralité d'acteurs qui ont l'expérience de conclure des accords avec une adhésion suffisante pour qu'ils soient respectés. C'est ainsi qu'il est possible de maintenir une sécurité des tarifs pour les patients, de limiter les déconventionnements, les suppléments et la marchandisation lucrative de secteurs essentiellement non-marchands publics et associatifs. Les acteurs se perçoivent comme les garants d'un paquebot qui doit tenir la route à long terme et qui ne peut être soumis au seul gré des changements de coalition et de ministres. De ce point de vue, il ne peut donc être question de transférer les compétences à des administrations directement et uniquement gérées par les pouvoirs publics. La sécurité sociale doit rester une entité distincte de l'Etat mais qui fonctionne grâce à une concertation sociale permanente avec les ministres et gouvernements.

Le transfert de compétences doit donc s'accompagner de la mise en place de comité de gestion paritaires réunissant les acteurs associatifs actuellement impliqués<sup>9</sup> et qui se retrouveront représentés dans les diverses entités fédérées comme au fédéral. Les mutualités qui font partie de ces acteurs remplissent aussi le rôle d'organisme assureur ou d'administration du système de soins ainsi que les caisses d'allocations familiales. La transposition du modèle devrait éviter toute rupture de continuité dans le système. Car les allocations familiales doivent continuer à être versées sans délai aux familles. Et les centres de revalidation, les MRS, ne doivent pas subir de retard de facturation, même si leurs patients viennent de Wallonie, de Bruxelles et de Flandre.

<sup>9</sup> Ces acteurs sont les partenaires sociaux interprofessionnels, les Unions nationales de mutualités, les représentants des professionnels et institutions de soins, ainsi que les autres acteurs représentés à l'ONAFTS, à savoir les caisses d'allocations familiales, et côté francophone, Vie Féminine, les Femmes prévoyantes socialistes et la Ligue des Familles.

## WALLONIE-BRUXELLES : QUELLE ARCHITECTURE ?

Si l'accord institutionnel attribue les allocations familiales et les soins de santé aux Communautés française, germanophone et flamande, et à la COCOM (totalement ou partiellement), à Bruxelles, il prévoit aussi qu'ils puissent éventuellement être transférés à la Région pour la Wallonie francophone. Pourquoi cette possibilité ? Sans doute parce que les partis francophones ne savaient pas encore s'ils pourraient gérer leur protection sociale fédérée en commun et que plusieurs options étaient en débat.

Pourquoi les francophones attachés au caractère fédéral de la sécurité sociale allaient-ils scinder leur modèle fédéré au risque de voir diverger les droits des habitants de Bruxelles et de Wallonie et de construire un système kafkaïen de coordination administrative et de refacturation entre entités vu qu'il faudra garantir le droit à la mobilité des personnes ? Par exemple, en cas de transfert aux Régions, le séjour d'un patient bruxellois accueilli dans une MRS wallonne serait alors facturé à la Région wallonne, celle-ci devant ensuite le refacturer à la COCOM. Et le tarif wallon risquerait à terme d'être différent du tarif bruxellois comme d'ailleurs les suppléments réclamés au patient. La complexité touchera aussi les centres de revalidation, car étant très spécialisés, ils accueillent des patients de plusieurs régions.

Par ailleurs, beaucoup de compétences de santé sont déjà du ressort de la Région comme l'agrément des maisons de repos, d'autres sont à la Communauté comme la prévention. En politique familiale, l'ONE dépend de la Communauté (Fédération Wallonie-Bruxelles).

Mais contrairement à la Communauté, la Région a un pouvoir fiscal qui lui permettrait de refinancer ces matières transférées.

On sait aussi que la répartition des tendances politiques diffère sensiblement entre Wallonie et Bruxelles. Un parti dominant l'est davantage à la Région qu'à la Fédération Wallonie-Bruxelles comme le PS en Wallonie et le MR à Bruxelles. Transférer à la Région lui donnera plus de pouvoir et d'autant plus si le système était géré par l'administration régionale plutôt que par un organisme paritaire.

Pourtant, un autre argument fait davantage pencher la balance vers la Région : gérer les soins de santé et les allocations familiales dans des comités de gestion et des administrations communes au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles est une aventure politiquement périlleuse car en vertu de la protection de la minorité flamande à Bruxelles, celle-ci peut bloquer une décision à la COCOM. Il suffit que plus de deux tiers des parlementaires néerlandophones ou un Ministre s'y opposent.

Enfin, comment la Communauté germanophone qui ne compte guère plus de 75.000 habitants pourra-t-elle faire face aux conséquences financières et administratives d'une gestion en solo sans coopération avec d'autres entités ?

Face à toutes ces questions et tenant compte des réalités politiques et institutionnelles présentes, le MOC a proposé un schéma organisationnel<sup>10</sup>, qui peut tenir à terme, mais qui ne l'engage pas nécessairement en cas d'autres évolutions comme de nouveaux transferts.

L'exercice des compétences de soins de santé, d'allocations familiales et d'emploi ira à trois entités : la Région wallonne, la COCOM et la Communauté germanophone, mais une concertation préalable à toute décision importante se tiendrait dans un organe de coordination pour éviter que les systèmes ne divergent et concrétiser la solidarité financière entre ces entités. Par ailleurs, un organe de gestion faitier « Wallonie-Bruxelles » et paritaire réunirait les acteurs représentés au niveau des organismes paritaires régionaux afin d'assurer une coordination règlementaire, administrative et financière. Ces organismes d'intérêt public (OIP) cogérés par les acteurs comme dans les parastataux fédéraux de sécurité sociale (INAMI, ONEM, ONAFTS,...) seraient au nombre de trois dans chaque entité : outre un OIP en charge de l'emploi et un autre gérant les allocations

<sup>10</sup> Il s'agit des propositions faites par le MOC le 6 février 2013 : *Organisation de la gestion des compétences de sécurité sociale transférées aux entités fédérées. Position commune des organisations du MOC*. Conférence de presse du 6 février 2013. ([www.moc-site.be/images/stories/pdf/2012/trans2.pdf](http://www.moc-site.be/images/stories/pdf/2012/trans2.pdf))

familiales, un troisième OIP regrouperait les compétences relatives aux soins de santé, aux personnes handicapées et à l'APA.<sup>11</sup>

## PRINCIPES D'ORGANISATION ET DE GESTION

Comme il a été rappelé précédemment, la défédéralisation d'une partie de la sécurité sociale n'est pas le choix de nombreux acteurs sociaux comme le MOC et ses organisations<sup>12</sup> qui s'y sont toujours opposés, ainsi que l'ensemble des syndicats et des mutualités. L'accord institutionnel étant conclu au niveau politique, il est cependant logique que ces organisations qui ont développé notre sécurité sociale et y jouent un rôle important, veuillent limiter les pertes de solidarité et d'efficacité que le transfert occasionnera. Pour ce faire, plusieurs principes pourraient être respectés.

- ❖ Il faut éviter que se creuse un écart global entre les couvertures sociales des entités du pays et toute surenchère visant à attirer des habitants d'autres régions, notamment de Bruxelles vers la périphérie.
- ❖ On doit empêcher tout développement de couvertures séparées et divergentes sur base linguistique à Bruxelles, par exemple à travers des avantages aux usagers des services unilingues dépendant d'une communauté. Ce qui serait une manière de contourner le refus de la « sous-nationalité ».
- ❖ Il ne serait pas acceptable que les droits, les niveaux de prestations et les modalités d'octroi divergent progressivement entre Bruxellois et Wallons et entre Francophones et Germanophones. La légitimité dont jouit la sécurité sociale en pâtirait. Les gens ne comprendraient pas que les partis qui n'ont pas voulu la défédéralisation ne cherchent pas à éviter une telle dérive centrifuge entre entités. Que l'allocation de naissance ne soit plus la même, que les tarifs des soins en MRS diffèrent, que le contrôle des chômeurs soit plus ou moins sévère, etc. Le « tout aux Régions » sans plus, y conduirait certainement. Des procédures de concertation devraient dès lors être rendues obligatoires avant toute décision importante. Et une structuration semblable, « en miroir », des protections fédérées wallonne, bruxelloise et germanophone regroupant les acteurs actuels, permettraient à ceux-ci de garantir une concordance des politiques, des droits, des montants des prestations et des conditions d'octroi entre entités, vu qu'ils seraient représentés dans chacune des trois et dans les mêmes types d'instances de gestion. Par exemple, les OIP pour les soins de santé seraient cogérés par les mêmes acteurs dans chaque entité, ce qui donc serait déjà un facteur de concordance des systèmes. Car les pouvoirs publics doivent garantir le droit à la mobilité des personnes, en limitant toute complexité administrative par des réglementations identiques et des coordinations administratives bien rôdées. On ne peut imaginer que des patients qui doivent aller en revalidation, en maison de soins psychiatriques ou en MRS soient victimes de ce genre de complications. Ni les institutions qui les accueillent.
- ❖ Une solidarité financière Wallonie-Bruxelles-Communauté germanophone doit permettre de maintenir une égalité de couverture. Car il faut pallier l'absence de prise en compte de certains facteurs dans les clés de répartition et d'évolution des moyens (qui constituent bien une

<sup>11</sup> A Bruxelles cependant, les institutions francophones pour personnes handicapées par exemple resteraient gérées à la COCOF.

<sup>12</sup> La CSC, la Mutualité chrétienne, Vie féminine, les Equipes populaires et la JOC, sont les organisations constitutives du MOC francophone et germanophone.

réduction de la solidarité nationale) occasionnant un manque à gagner qui variera suivant l'évolution démographique des régions.

- ❖ Pour éviter toute rupture dans les versements des allocations ou dans le paiement des soins, il faut une période de transition suffisamment longue pour les mutualités et les caisses d'allocations familiales et pour construire une nouvelle architecture administrative. Pendant cette période, les parastataux fédéraux comme l'INAMI et l'ONAFTS continueraient à gérer les matières transférées pour le compte des entités fédérées. La transition devrait aussi se passer dans de bonnes conditions pour le personnel et en sauvegardant l'efficacité du service rendu (collaboration entre entités, économies d'échelle et mise en commun des expertises, identification des fonctions-clé).

### COMMENT PALIER AU SOUS-FINANCEMENT ?

Suivant l'accord institutionnel, les matières transférées seront financées par des dotations. Par exemple, pour les allocations familiales, une enveloppe correspondant aux dépenses au moment du transfert, sera répartie entre entités selon le nombre d'enfants de 0 à 18 ans. La dotation de chaque entité évoluera suivant l'index et le nombre d'enfants de 0 à 18 ans. Or, les clés de répartition et d'évolution ainsi prévues occasionneront en Wallonie et à Bruxelles une insuffisance de recettes par rapport aux dépenses actuelles et futures tant en allocations familiales qu'en soins de santé. Les dotations pour les soins de santé ne permettront pas de couvrir la croissance des dépenses en maisons de repos et empêcheront de répondre à l'ensemble des besoins. Les conséquences en seraient inacceptables : abandon éventuel des allocations familiales majorées, pénurie accrue de places, dualisation par la marchandisation, transfert de moyens en provenance d'autres secteurs sociaux. Aujourd'hui on pallie au manque de moyens dans une branche par une gestion financière globale. Celle-ci consiste à répartir les moyens suivant les besoins des différentes branches. Mais recréer une gestion globale au niveau de chaque entité entre les matières transférées ne suffira pas. Une gestion globale est efficace dans un grand ensemble. Or, 20% de la sécurité sociale actuelle seront répartis entre quatre entités. Si l'on coupe toute possibilité de transfert financier à partir du niveau national et entre les branches fédérées, notre sécurité sociale risque fort de glisser vers l'assistance. Plusieurs moyens permettraient de l'éviter.

Les dotations que le Fédéral attribuera aux entités fédérées devront provenir non pas du budget de l'Etat mais des recettes globales de la sécurité sociale au niveau national (ou éventuellement de la partie des recettes hors cotisations, c'est-à-dire provenant du financement alternatif et des subsides). Une manière pour les acteurs du système d'encore pouvoir décider de refinancer l'ensemble des protections sociales fédérées, par exemple, par une cotisation sociale généralisée - à tous les revenus - (CSG) ou par une réforme de la fiscalité qui fasse davantage contribuer les revenus du capital et des patrimoines et les grandes fortunes. Il y a deux raisons à cette proposition. D'une part, il faut éviter un déficit croissant lié à l'impact exponentiel du vieillissement sur les soins résidentiels pour personnes âgées et les aides à domicile couvertes par l'APA. D'autre part, même réduite, la solidarité nationale entre les personnes dans le financement des sécurités sociales fédérées a été maintenue par l'accord. Il est donc logique de maintenir cette possibilité de refinancement en commun.

Depuis 1995, les ressources de la sécurité sociale sont affectées annuellement à chacune de ses branches en fonction des besoins déterminés a priori. Cette « gestion globale » qui allie réponse aux besoins et responsabilisation de chaque branche, a permis d'éviter la récurrence de déficits surtout en soins de santé, liées à l'insuffisance des recettes, qui mettait chaque fois en péril les taux de

remboursement. Les branches fédérées devraient également être financées en gestion globale au niveau de chaque entité. De plus, une solidarité devrait être organisée entre les entités wallonne, bruxelloise et germanophone pour les raisons déjà évoquées.

Contrairement aux Communautés et à la COCOM, les Régions peuvent lever des impôts et pourront modifier les additionnels régionaux (qui résulteront du transfert d'une partie de l'IPP fédéral). Mais il y a un doute sur la possibilité pour les Régions de transférer des budgets vers la COCOM et la Communauté germanophone. Par ailleurs, les Régions pourraient par davantage d'aides à l'emploi (APE) accroître le personnel des services de santé et d'accueil de l'enfance. Elles pourraient aussi réallouer une partie des budgets de mesures trop coûteuses par rapport à leurs résultats comme les titres-services.

Enfin, une cotisation affectée pourrait être instaurée par les entités fédérées afin de couvrir les aides aux personnes en perte d'autonomie. Elle s'inscrirait dans la perspective de créer une assurance dépendance.

#### Assurer une cohérence des politiques

En transférant notamment les soins en maisons de repos, l'agrément des hôpitaux et les investissements hospitaliers alors que les soins à domicile et les soins hospitaliers restent au Fédéral, il est devenu encore plus crucial d'articuler les politiques entre toutes les entités au niveau national et entre les différents domaines (comme la prévention et la politique des soins, les soins résidentiels et l'APA, etc.). Par exemple, si faute de budget, les entités fédérées ralentissent les ouvertures de lits MRS par rapport à l'évolution démographique, cela aura des répercussions sur les soins à domicile. Une politique de santé cohérente, efficace et efficiente doit donc être conçue de façon intégrée, et doit prendre en compte la mobilité interrégionale des patients admis en centres de revalidation souvent très spécialisés, ainsi que dans les hôpitaux, surtout les universitaires, en évitant par exemple que l'on investisse dans de nouveaux lits universitaires et appareillages en Wallonie alors qu'une grande partie des patients des hôpitaux universitaires bruxellois habitent en Wallonie.

Autre exemple, celui de la politique d'accueil de l'enfance qui est de compétence communautaire nécessite aussi une implication des Régions. Les services d'accueil financés aujourd'hui financés par le FESC visent en effet à permettre aux parents d'accéder à l'emploi et les Régions octroient des aides à l'emploi aux services. Une politique coordonnée devrait s'attacher à simplifier le financement et à harmoniser les statuts du personnel d'un secteur qui mérite davantage d'ambition.

## CONCLUSION

Notre sécurité sociale se trouve à un moment capital pour tout un chacun. Les acteurs du système et les différents gouvernements devront piloter la transition pour éviter toute rupture dans le service aux bénéficiaires. Et adopter une organisation de la protection sociale fédérée qui limite et anticipe les difficultés majeures que vont occasionner la défédéralisation. Pour cela, il importe de rester sur le sentier de la gestion paritaire et de la concertation sociale qui ont fait leurs preuves. Saisir l'occasion pour renverser les rapports entre les acteurs et précipiter davantage de changements conduirait à l'échec de la transition. Si les contraintes et réalités institutionnelles et politiques amènent les acteurs politiques et les acteurs de la sécurité sociale à accepter une triple architecture wallonne,

bruxelloise et germanophone, il sera nécessaire pour l'efficacité et la légitimité du système d'éviter une divergence de ces protections sociales et leur sous-financement croissant. Une coordination et une concertation permanentes instituées entre les trois entités ainsi que des canaux et modes de financement appropriés et solidaires peuvent permettre de relever ces défis.

Patrick FELTESSE

*Une version de cet article a été publiée dans la revue Démocratie (N°3, mars 2013) ([www.revue-democratie.be](http://www.revue-democratie.be))*

Protection de la propriété intellectuelle : la FTU utilise le système de licence connaissances Creative Commons

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/be/deed.fr>



Les notes d'éducation permanente sont mises à disposition selon les termes [Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage à l'Identique](#).

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues [www.ftu-namur.org](http://www.ftu-namur.org).

**FTU – Association pour une Fondation Université**

Rue de l'Arsenal, 5 – 5000 Namur  
+32-81-725122

Chaussée de Haecht, 579 – 1030 Bruxelles  
+32-2-2463851

Site éducation permanente : [www.ftu.be/ep](http://www.ftu.be/ep)

Site recherche : [www.ftu-namur.org](http://www.ftu-namur.org)

Éditeur responsable : Pierre Georis



**Avec le soutien de la Communauté française / Fédération Wallonie Bruxelles**