

Réforme de l'État

Santé défédéralisée : un premier bilan globalement nuancé

> Paul PALSTERMAN (*)

La sixième réforme de l'État a désormais été implantée dans les entités fédérées. Six ans après, nous pouvons dresser un premier bilan, notamment en ce qui concerne les secteurs de la sécurité sociale et en particulier ceux des allocations familiales et de la santé. Si dans le premier cas examiné dans un article précédent (*Démocratie*, mai 2020), nous avons confirmé que la scission était une absurdité, dans ce celui-ci portant sur la santé et l'aide aux personnes, nos conclusions sont plus nuancées. Explications.

Le volet «santé et aide aux personnes» de la sixième réforme concerne des dispositifs assez divers quant à leur nature. Il y a d'abord des sous-secteurs de l'assurance maladie : les maisons de repos pour personnes âgées et institutions apparentées, la rééducation fonctionnelle, les aides à la mobilité. Il y a également quelques dispositifs qui étaient logés à l'INAMI, parfois comme rubrique spécifique des soins de santé, parfois même dans les frais d'administration, et qui ne constituent pas à proprement parler des remboursements de soins, mais des mesures de prévention ou d'aide à l'organisation des soins. Il y a ensuite une partie du prix de journée d'hospitalisations, dont la trésorerie est assurée depuis quelques années par l'INAMI, mais qui relève fondamentalement du ministère de la Santé publique. Il y a enfin l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA), qui relève du régime des allocations pour personnes handicapées. L'APA couvre le même risque que l'allocation d'intégration (voir ci-contre), au profit de personnes devenues handicapées à partir de 65 ans : elle offre un complément d'aide de tiers aux bénéficiaires de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou de pensions d'un montant analogue.

Il est trop tôt pour tirer le bilan du transfert de l'APA. Jusqu'à présent, les entités fédérées se sont contentées de l'intégrer à leur législation, sans guère modifier son contenu. Cette attitude correspond aux recommandations de l'administration fédérale, qui plaide pour la plus grande prudence avant de toucher à un dispositif important pour la sécurité d'existence des personnes âgées les plus démunies. Une allocation en argent est une des modalités envisageables pour une couverture plus large de la dépendance, ce qui plaiderait pour supprimer ou alléger sensiblement l'enquête des ressources, et condition-

ner le paiement à la fourniture d'une aide de qualité. Mais ces questions font encore l'objet de débats qui n'ont pas été tranchés à ce jour, sans parler de la question du financement d'un tel élargissement. En attendant, on commence juste à découvrir que la scission de l'APA en quatre régimes régionaux complique la vie des personnes qui déménagent dans une autre région...

Le régime fédéral des allocations pour personnes handicapées

Le régime fédéral des allocations pour personnes handicapées, organiquement et financièrement distinct de la sécurité sociale, couvre dans une logique d'assistance le risque de handicap non couvert par l'assurance-maladie. Il offre une «allocation de remplacement de revenu» (ARR) en cas d'incapacité de travail, définie à peu près comme dans l'assurance maladie, de personnes dont le handicap est apparu avant qu'elles ne deviennent titulaires de l'assurance maladie, autrement dit avant qu'elles n'acquiescent un statut socioprofessionnel ; comme les indemnités d'invalidité de l'assurance maladie, cette allocation peut être complétée d'une «allocation d'intégration» (AI), qui couvre la perte d'autonomie, autrement dit, il s'agit d'aide de tierce personne. L'allocation d'aide aux personnes âgées (APA) couvre le même risque que l'AI, pour les personnes dont le besoin d'autonomie est apparu à partir de 65 ans. #

Enjeux de la scission

Dans le domaine de la santé, la scission soulevait des tas de questions, notamment quant au rôle des mutualités, des interlocuteurs sociaux et des autres corps intermédiaires, mais aussi quant aux droits des patient-es qui déménagent d'une région à l'autre, ou

Pour l'explicitation de certaines notions, notamment ce que veut dire concrètement la «communautarisation» des matières sociales, spécialement à Bruxelles, voir P. PALSTERMAN, «Scission des allocations familiales, bilan d'une réforme absurde», *Démocratie*, mai 2020.





© Commune du Val d'Osyl

Le secteur des maisons de repos a connu en trois décennies une croissance très importante.

qui tout simplement se font soigner en dehors de leur région.

Aucune de ces questions n'est parfaitement résolue à l'heure de rédiger cet article. En ce qui concerne Bruxelles, on dira seulement, provisoirement, que les réponses prennent la bonne direction. Les questions de mobilité des patient-es sont petit à petit identifiées, et des solutions sont recherchées. Le gouvernement a annoncé sa volonté de travailler en concertation avec tous les acteurs concernés, y compris les interlocuteurs sociaux. La concertation entre les mutualités et les prestataires doit encore s'affirmer, mais elle en prend le chemin. Entre parenthèses, une partie du travail à accomplir – et des incertitudes – se situe dans l'affirmation du fait régional bruxellois lui-même dans les structures mutuellistes. Du côté wallon, les échos sont plus contrastés. La concertation semble y être en tout cas plus conflictuelle. Du côté flamand, la tendance jacobine des principaux acteurs de la politique régionale, ou l'affaiblissement de la tendance favorable à la concertation se marque dans les pratiques et dans la législation.

On peut longuement discuter sur la cohérence de certains choix. Pourquoi a-t-on transféré les forfaits d'aide dans les actes de la vie de tous les jours dans les maisons de repos, alors que les mêmes forfaits restent fédéraux s'il s'agit de soins infirmiers à domicile? On s'arrache les cheveux pour savoir si la part payée par le patient-e dans les soins transfé-

rés intervient dans les dispositifs fédéraux, comme le maximum à facturer (MAF), qui allègent le poids des « tickets modérateurs » dans le budget des ménages.

Mais pour le reste, il faut reconnaître que les modalités du transfert étaient un peu moins absurdes que dans le cas des allocations familiales.

Les entités fédérées reçoivent une dotation calculée sur la base des budgets existants à la veille de la réforme, et répartie selon la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans, pour ce qui concerne les dispositifs relevant de l'aide aux personnes âgées, et selon la population, pour ce qui est des autres dispositifs. Il n'a guère été contesté que ces critères de répartition correspondent à une approximation valable des besoins.

La vraie interrogation vise plutôt l'évolution de la dotation globale. L'accord de réforme prévoit une forme de liaison à l'évolution des prix et du PIB, ainsi que du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, mais rien ne garantit que cela suffira à couvrir les besoins.

Le boom des maisons de repos

Le secteur des maisons de repos, en particulier, inconnu comme tel dans l'assurance maladie avant les années 1990, a connu en trois décennies une croissance très importante, bien supérieure aux paramètres prévus par l'accord; c'était un des secteurs qui tirait vers le haut les dépenses globales de l'assurance maladie.

Cette croissance est liée à la demande de professionnalisation de l'aide aux personnes âgées, qui ne disposent pas nécessairement dans leur entourage des personnes susceptibles de leur fournir les soins dont elles ont besoin. Elle est également liée aux revendications salariales légitimes des travailleur-ses du secteur. Enfin, elle est liée à la politique hospitalière, qui limite le séjour hospitalier au strict nécessaire, et se traduit par le renvoi à domicile (ou dans des institutions du type maison de repos) des périodes de convalescence, des soins de continuité, etc.

À ce jour, on n'a pas encore pris la mesure exacte de ce besoin. À Bruxelles, on vient d'entamer des études pour réaliser une évaluation pluriannuelle des besoins de financement, mais ces études prospectives se heurtent à de nombreuses inconnues. On devine cependant les difficultés à venir, si l'on sait que la Cocom, étroitement spécialisée dans les matières héritées de la sixième réforme, ne pourra guère opérer d'arbitrages budgétaires dans le cadre de ses compétences.

Un élément neuf a peut-être été apporté par l'épidémie du COVID-19, dont on sait que ses conséquences ont été particulièrement pénibles

dans les maisons de repos. Déjà, à Bruxelles, prédomine l'idée que l'offre de lits en maisons de repos est surabondante, ou plutôt répond à des besoins étrangers à ceux qu'elle est censée couvrir, comme la solitude des personnes âgées par ailleurs en bonne santé, ou les problèmes psychiatriques modérés. Suite à l'épidémie, des maisons de repos ont été confrontées à une baisse de leur activité, et ont même mis une partie de leur personnel en chômage temporaire, alors que d'autres peinaient à gérer l'absence d'une partie de leur personnel. On ne sait pas actuellement comment évoluera la situation. À ce stade, on émettra l'hypothèse que, même si le secteur des maisons de repos au sens strict sera amené à réduire la voilure, cela ne diminuera pas le besoin d'aide professionnelle aux personnes.

On notera que les dispositifs transférés, même lorsqu'ils constituent formellement des remboursements de soins, s'apparentent dans une large mesure à des financements d'institutions¹.

Du point de vue du patient-e, ce mécanisme est finalement assez semblable à ce qu'il connaît pour les écoles, les crèches et autres structures subventionnées, où le « fait communautaire » est entré dans les mœurs, à défaut d'être unanimement considéré comme idéal.

Entités fédérées, meilleures que le Fédéral ?

Mais le point essentiel est le suivant: si tout le monde s'accordait pour juger exemplaire la gestion fédérale des allocations familiales, on ne peut en dire autant, en tout cas d'un point de vue bruxellois, dans le domaine de la santé.

La politique de santé au niveau fédéral est d'une part largement faite par et pour des habitant-es de petites villes ou de communes périphériques. La dimension spécifique des grandes villes est peu prise en compte, tout comme d'ailleurs celle des vraies zones rurales.

D'autre part, les strates successives de réforme de l'État ont créé, à Bruxelles, un extraordinaire éclatement des compétences. On a ironisé, à l'occasion de l'épidémie du Coronavirus, sur le fait que la Belgique compte dix ministres de la santé. Mais à Bruxelles, pas moins de sept niveaux de pouvoir ont en charge un morceau plus ou moins important de la politique de la santé². Au sein de certaines entités, à commencer par l'État fédéral, la matière est éclatée entre plusieurs systèmes, plusieurs organismes. Il existe à Bruxelles deux « plans santé » – celui de la Cocom et celui de la Cocof, plus ou moins coordonnés et concertés. Ajoutons à cela les effets de la

politique de la Communauté flamande et de l'État fédéral, qui ne sont ni coordonnés ni concertés.

Prenons un exemple: la médecine générale est, dans l'assurance maladie, largement basée sur la figure du « médecin de famille » caractéristique de villages, ou éventuellement de quartiers de petites villes, à la population relativement stable et homogène, typique du tissu social flamand (ou de la perception qu'en a le monde politique flamand). C'est à partir de cette figure qu'on essaie de réduire le recours aux services d'urgence des hôpitaux, et que s'est organisée la notion d'échelonnement, qui évite le recours trop rapide à des médecins spécialistes. Des formules comme les maisons médicales, qui combinent abonnement (et donc une absence de ticket modérateur), médecine de groupe (et donc une réponse souple à l'indisponibilité du médecin de référence) et offres de services connexes (kiné, soins infirmiers, soutien psychologique, consultations juridiques et sociales), mieux adaptées à un tissu urbain, ne sont soutenues que du bout des lèvres et se heurtent encore à l'hostilité d'une partie du corps médical.

Dans le secteur des maisons de repos, l'agrément était déjà de compétence communautaire, l'assurance maladie remboursant sur une base forfaitaire une « aide et assistance dans les actes de la vie de tous les jours ». Du côté francophone, l'agrément avait été régionalisé, mais la Cocof avait en pratique décliné cette compétence. La majorité des maisons de repos, publiques comme privées, étaient agréées par la Cocom, une petite minorité s'étant placée sous l'égide de la Communauté flamande. Lorsque la compétence a été reprise par Iriscare, le nouvel organisme de la Cocom chargé de la santé et des allocations familiales (équivalent de l'AVIQ wallon), on s'est aperçu que les normes, pourtant laxistes en comparaison des normes flamandes, n'étaient souvent pas respectées, et que les

« À Bruxelles, pas moins de sept niveaux de pouvoir ont en charge un morceau plus ou moins important de la politique de la santé. »

contrôles par la Cocom, les mutuelles ou l'INAMI, étaient pratiquement inexistantes. Et le tableau est assez identique dans le secteur de la rééducation fonctionnelle, notamment dans le secteur psychiatrique. Profitant de l'absence, à Bruxelles, d'autorité vraiment responsable, s'est développé un secteur informel de maisons de repos, d'institutions pour personnes handicapées ou de structures pour patient-es psychiatriques, fonctionnant en dehors de tout agré-

1. Dans le secteur de la rééducation fonctionnelle, un budget global est déterminé par une convention avec l'institution, laquelle détermine également un taux d'occupation jugé acceptable. C'est sur la base de ces paramètres qu'est déterminé un « prix de journée » par patient-e que les mutualités remboursent en « tiers payant ».

Dans le secteur des maisons de repos, l'assurance maladie rembourse forfaitairement un paquet de soins déterminé en fonction du degré de dépendance du-de la résident-e, mesuré selon une grille inspirée des techniques d'évaluation des besoins en nursing, autrement dit du temps de travail du personnel concerné. Le montant du remboursement est calculé en fonction du coût du personnel selon les normes sociales en vigueur, en tenant compte de certaines spécificités de l'institution, notamment l'ancienneté du personnel.

2. Par ordre d'importance quant aux budgets engagés: l'État fédéral (assurance maladie et prix de journée des hôpitaux), la « Cocom », la « Cocof » la Communauté flamande, la Communauté française, la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire flamande (VGC).

ment sur une base purement commerciale. Certaines de ces institutions visent le segment du luxe, mais ce n'est pas nécessairement toujours le cas. Certaines des situations que l'on commence à découvrir sur le terrain, y compris dans des institutions publiques, ont de quoi faire se dresser les cheveux sur la tête.

La gestion de la crise du Coronavirus a illustré la situation dont on a hérité. Alors que l'OMS avertissait depuis plusieurs années de la probabilité de pandémies comme celle que nous vivons actuellement, il n'existait au niveau fédéral aucun plan pour

“ Alors que l'OMS avertissait depuis plusieurs années de la probabilité de pandémies comme celle que nous vivons actuellement, il n'existait au niveau fédéral aucun plan pour y faire face. ”

y faire face. Ou, plus exactement, on a découvert sur le tard que des plans avaient été élaborés, notamment pour les maisons de repos, mais personne n'avait jugé utile de les sortir des tiroirs, soit à l'occasion du transfert des compétences, soit lorsque la pandémie a éclaté. Tout le monde a donc été pris au dépourvu et a dû improviser des solutions. En particulier les entités fédérées qui ont été livrées à elles-mêmes pour la gestion de la crise dans les maisons de repos et institutions apparentées. Or, les questions qui se posaient étaient liées à la gestion d'une épidémie, une compétence fédérale. Il s'agissait entre autres de savoir comment assurer la protection de la santé des travailleur·ses et leurs droits,

face aux risques qu'il·elles courent, qui relève de la législation fédérale sur le bien-être. Il s'agissait enfin de savoir à quelles conditions les résident·es de maisons de repos étaient admis·es à l'hôpital, et étaient renvoyé·es dans leur institution après le traitement, question relevant encore une fois du fédéral.

À partir du moment où le niveau fédéral semble ne s'être préoccupé que du risque de saturation des lits hospitaliers, il aurait fallu des miracles pour que les choses se passent sans dégâts.

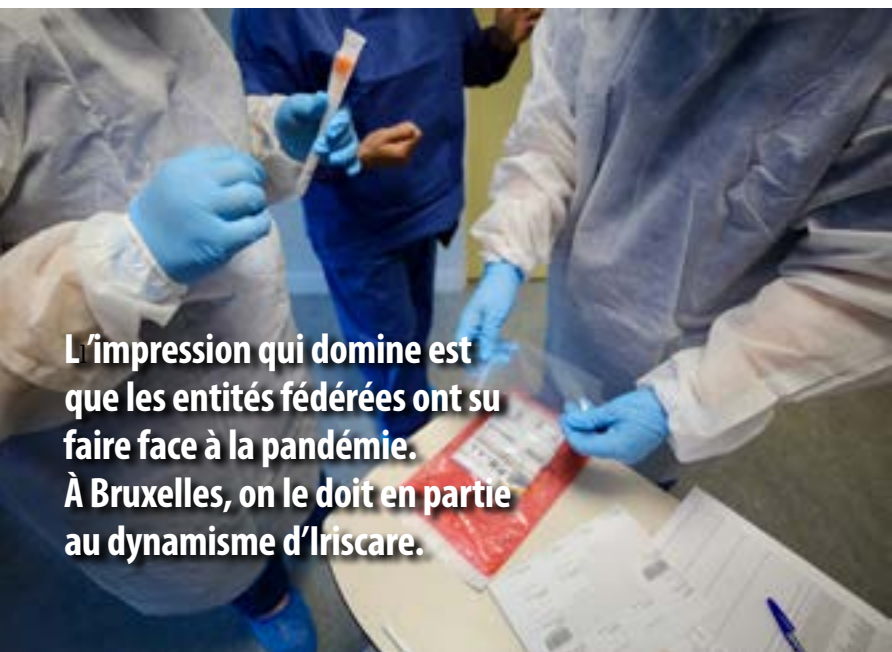
Face à cette situation, l'impression qui domine est que les entités fédérées ont su faire face, même à Bruxelles où pourtant on pouvait craindre l'enlèvement dans la lasagne institutionnelle. À Bruxelles, on le doit en grande partie au dynamisme d'Iriscare, le nouvel organisme de la Cocom, qui s'est vu attribuer dans l'urgence des compétences nouvelles, notamment pour la commande et la distribution de matériel de prévention. On peut même soutenir, ou à tout le moins espérer que se sont créés à cette occasion, entre les acteurs concernés, des liens qui s'avéreront précieux pour la suite.

Conclusion

Ce texte ne doit pas être interprété comme une approbation de la sixième réforme, et encore moins comme un plaidoyer pour la scission du reste de l'assurance maladie. Mais on aura noté que les paramètres en fonction desquels ont été déterminées les dotations fédérales sont un peu moins absurdes que dans le domaine des allocations familiales. Et il faut reconnaître, en ce qui concerne les dispositifs attribués aux régions, que leur gestion par l'assurance maladie fédérale, et l'articulation entre celle-ci et les matières déjà communautarisées étaient loin d'être idéales. Dans le cas de Bruxelles, la réforme a amélioré la conscience de ce que le système de santé est fondamentalement mal adapté à la réalité d'une grande ville.

J'ai d'ailleurs la conviction que ce qu'on constate à Bruxelles vaudrait aussi à Anvers, à Charleroi, à Gand ou à Liège, si on se donnait la peine d'étudier leur réalité sans les agréger à celles de leurs banlieues et zones semi-rurales qui les entourent. J'émet l'espoir que cette prise de conscience se traduira par une action plus déterminée pour exercer au mieux ses compétences, améliorer la cohérence des différentes entités compétentes et porter les intérêts de la région aux niveaux où les décisions se prennent. Cette action ne doit pas provenir seulement du monde politique. Il importe que les acteurs de terrain, y compris les mutualités et les organisations syndicales, jouent leur rôle. Et à cette fin continuent d'adapter leur structure au fait régional. #

(*) Secrétaire régional bruxellois de la CSC



L'impression qui domine est que les entités fédérées ont su faire face à la pandémie. À Bruxelles, on le doit en partie au dynamisme d'Iriscare.