



COMMUNAUTARISATION DE LA COMPETENCE EN MATIERE DE PERSONNES AGEES

1. POSITIONS DES FEDERATIONS

Dans le mémorandum fédéral, les trois Fédérations de CPAS avaient plaidé pour des soins aux personnes âgées de bonne qualité et financièrement accessibles. En particulier, nous avons défendu les idées suivantes:

- des services aux personnes âgées financièrement accessibles, par une augmentation du revenu des personnes âgées (entre autres par un élargissement de l'aide aux personnes âgées) et un meilleur financement des structures résidentielles par le niveau fédéral;
- l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées par la création d'emploi dans les structures résidentielles,
- l'augmentation de la qualité des services aux personnes âgées, en investissant plus dans la formation du personnel et en améliorant les pensions de tous les membres du personnel contractuel.

2. TEXTE DU FORMATEUR

"Les Communautés auront désormais tous les outils en main pour mener une politique cohérente en matière d'accueil des personnes âgées. Des moyens correspondant aux dépenses actuelles en la matière dans chaque Communauté seront transférés et ils évolueront en fonction du nombre de personnes de plus de 80 ans et de la croissance du PIB/hab."

3. ANALYSE

3.1. Considérations générales

3.1.1. Au 19^{ème} siècle, les ouvriers ont créé des caisses de secours destinées à venir en aide aux ouvriers et notamment les malades. Ces caisses de secours ont été reconnues par l'État belge par une loi de 1851 sur les sociétés d'assurance mutuelles.

Vers la fin du 19^{ème} siècle, les sociétés d'assistance mutuelles créées par les ouvriers se sont organisées en mouvance politique ou confessionnelle. Une loi de 1894 a permis aux sociétés d'assistance mutuelles qui remplissaient certaines conditions déterminées par l'État de bénéficier de subventions. Ces associations de mutuelles ou ces sociétés d'assistance se sont alors regroupées en unions ou en fédérations, afin de leur permettre de se réassurer pour certains risques lourds. Au début du 20^{ème} siècle les associations de mutuelles se sont réunies en alliances ou en unions nationales.

Durant l'entre-deux guerres, petit à petit, l'État a commencé à intervenir de manière de plus en plus importante dans les différentes initiatives individuelles.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, progressivement, on a connu un élargissement de la protection sociale dans le sens d'une double universalité: les risques couverts sont étendus, la protection tend à valoir pour l'ensemble de la population.

Avec la Communautarisation, on aurait une coupure, pour ne pas dire une cassure d'une partie du système en, au moins, quatre entités: Région wallonne, Cocom, Communauté flamande, Communauté germanophone. Cela implique une **rupture**, pour ne pas dire un recul par rapport à la dynamique **d'universalité**.

3.1.2. La pension légale est le revenu de base et (le plus souvent) le principal revenu des aînés. Il n'est nullement question de la défédéraliser. La réforme projetée abouti(rai)t à une **césure** entre la question du financement de l'accueil des personnes âgées et celle de leurs pensions, entre **logement** spécifique et **revenus** de base des personnes âgées.

Il ne nous paraît pas convaincant de dissocier la question du logement et celle du revenu de base.

3.1.3. La **Communauté** est l'entité choisie pour recevoir la compétence fédérale. Vu les accords de la Saint Quentin, nous présumons que pour la Wallonie, ce serait la Région.

Au niveau bruxellois, la Cocom est pressentie¹. Si ce n'était le cas, on court le risque de favoriser l'émergence d'une sous-nationalité² via la protection sociale.

Il serait contraire au principe d'égalité que la réforme aboutisse à des droits différents entre Bruxellois en matière d'accès aux soins de santé.

3.1.4. Via les réformes projetées, on plantera(it) les jalons de quatre régimes de protection sociale distincts (cf. infra 2.7.): deux moyens (Flandre, Wallonie), un petit (Bruxelles), un plus petit encore (Communauté germanophone).

Dans les études de type assurantiel, il est généralement admis que la **diversification du risque** est meilleure quand on opère à plus grande échelle. Par ailleurs, la taille offre des opportunités d'**économies d'échelle** notamment en permettant d'amortir sur une base plus large des coûts fixes (développements informatiques, frais administratifs,...). Ce constat est à l'origine du regroupement de nombre d'opérateurs économiques, qu'ils soient industriels ou de service, publics ou privés. Le changement prévu va à rebours de ces logiques de diversification du risque et d'économies d'échelles.

3.1.5. Dans la gouvernance contemporaine, une difficulté majeure vient du **découplage entre l'espace économique et l'espace social**. L'espace économique est transnational, l'espace social reste national. Le morcellement des protections sociales va tout, sauf rencontrer ce problème.

3.2. Eléments financiers

Le budget 2011 de l'assurance soins de santé a été fixé à 25,87 milliards d'euros. Au sein de ce montant étaient prévus 2,34 milliards d'euros, soit 9,7 % pour les maisons de repos (MR), maisons de repos et de soins (MRS) et centre de soins de jour (CSJ).

3.2.1.

	Evolution des dépenses des MR-MRS*			
	Dépenses*	Journées	Forfait moyen	Indice santé **
2000	867.900	38.233.008	22,70	93,53
2010	1.837.419	44.482.409	41,31	113,84
2010-2000	111,7 %	16,3 %	82,0 %	21,7 %
* Hors troisième volet et mesure fin de carrière				
** Décembre				

¹ Ce point n'est cependant pas acquis.

² Les prémisses d'une telle dynamique existent déjà avec la zorgverzekering.

En 10 ans, hors troisième volet et mesure fins de carrière, le budget MR-MRS a plus que doublé en terme nominal. Le forfait moyen a augmenté de 82 %, soit près de 60 % au-delà de l'inflation. Cela peut sembler élevé mais cette progression reflète les différents accords sociaux, les requalifications de lits MR en lits MRS ainsi que les augmentations régulières des normes. Hors inflation, elle implique une hausse de près de 6 % par an. En outre, dans le même temps, en termes réels, le prix facturé au résidant a en moyenne évolué de façon très modérée. Enfin, en dépit de l'amélioration significative de l'encadrement en personnel, il subsiste toujours un problème en terme de charge de travail dans le secteur, en particulier pour l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer.

A titre de point de repère, de 1997 à 2007, le PIB par habitant a progressé en Belgique de 1,7 % par an.

Si la norme de croissance préconisée devient réalité, la marge de croissance du **secteur** va être pratiquement réduite de plus de 70 %. Autant dire qu'il **risque de vivoter** et devra arbitrer entre:

- la réponse globale aux besoins et en particulier l'amélioration de l'accompagnement des personnes atteintes de démence;
- la conclusion de nouveaux accords sociaux;
- la requalification de lits MR en lits MRS.

Par ailleurs, la **norme** proposée est **pro-cyclique**. S'il y a une croissance négative, le secteur connaîtrait une réduction linéaire de ses moyens. Ainsi en 2009 le PIB a chuté de 2,7 % et la population s'est accrue de 0,7 %. Si la norme proposée avait été appliquée, on aurait eu une réduction linéaire de 3,4 %.

3.2.2. La restriction des marges induirait des phénomènes de **vases communicants**. En la matière, l'analyse de Jean Hermesse, Secrétaire général des Mutualités chrétiennes est interpellante:

"Les budgets transférés aux communautés ne permettront pas de répondre aux besoins. Résultat: davantage de seniors auront recours aux soins infirmiers à domicile et à l'hôpital, qui restent des dépenses fédérales. Où est l'amélioration?"

3.3. Risque de distorsion et problèmes de cohérence

Plus généralement, l'option envisagée impliquerait de nouveaux problèmes.

3.3.1. Il y aurait des **accords sociaux** différents en hôpital et en maison de repos. Cela risque d'induire des distorsions voire d'accentuer la concurrence entre hôpital et maison de repos.

3.3.2. Il subsiste un problème réel dans l'usage de **médicaments** en maison de repos, en particulier pour les antidépresseurs. Il n'est pas simple de chercher une solution avec les différents acteurs (médecins, pharmaciens, maisons de repos,...) à l'échelon fédéral. Autant dire qu'une telle quête relèvera de la gageure avec des prestataires de soins relevant de différents niveaux de pouvoir.

3.3.3. Il y a eu un travail de réflexion conséquent pour améliorer le rôle du **médecin coordinateur** en maison de repos. Sa traduction en proposition équilibrée est un exercice assez complexe. Avec des établissements de compétences communautaires et des médecins de compétence fédérale, il va devenir extrêmement compliqué.

3.4. Période transitoire

Sur le plan matériel, l'option envisagée suscite également réserve. Sa traduction en terme logistique demandera un temps et un travail de grande envergure et de longue haleine.

3.5. Gestion courante

Au niveau de l'Inami, avec un personnel compétent, constructif et pragmatique, on peine déjà à suivre et à tenir à jour les programmes informatiques. Qu'en serait-il avec des plus petites structures administratives, particulièrement à Bruxelles?

En Wallonie, la fonction publique est soumise à des restrictions et le Service chargé de l'agrément des maisons de repos fait l'objet d'un audit. Cela pose question quant à la gestion journalière de la nouvelle compétence.

3.6. Eléments dynamiques

En outre, il y aura des distorsions entre maison de repos d'une part et hôpitaux et soins infirmiers à domicile d'autre part. On doit s'attendre à ce qu'elles favorisent³ des exigences de régionalisation des hôpitaux et des soins infirmiers à domicile.

Les allocations familiales et l'accueil des personnes âgées sero(aie)nt scindés, il est à prévoir que lors de négociations ultérieures, il y aura des demandes pour des compétences qui portent sur les compétences ayant trait aux personnes qui ne sont ni jeunes, ni âgées. En un mot, les adultes.

Bien que le discours officiel soit le maintien d'une sécurité sociale fédérale, la réforme va contribuer aux forces centrifuges. En d'autres mots, la régionalisation des allocations familiales et de l'accueil des personnes âgées préfigure des sécurités sociales régionales.

³ Elles existent d'ores et déjà dans certains Partis.