



Collection “ CEPESS ”

Analyse :

**Mode de gouvernance des compétences
de sécurité sociale transférées**

Modèle Fépros

Rapport final

Editeurs responsables :

Eric PONCIN,
Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation

En collaboration avec :

Antoine de BORMAN
Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales

Rue des Deux Eglises, 41-45

1000 Bruxelles

Tél. : 02/238 01 00

Fax : 02/238 01 18

Auteurs : Antoine de Borman et Laurent de Briey
Février 2012



Avec le soutien du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Résumé exécutif

L'accord institutionnel d'octobre 2011 prévoit le transfert de compétences relevant de la sécurité sociale en matière d'emploi, de soins de santé et d'allocations familiales, compétences qui sont octroyées vers des entités fédérées différentes selon les matières. Dans la présente note, la question posée est d'identifier le modèle de gouvernance que nous souhaitons mettre en place à l'occasion de ces transferts de compétences. En particulier, faut-il préserver un mode de gestion s'inscrivant dans une logique assurantielle, prévoyant une cogestion par les partenaires sociaux, ou ces transferts sont-ils l'occasion d'une évolution vers un modèle s'inscrivant davantage dans la seule logique d'aide aux personnes, géré par l'Etat seul et financé par l'impôt ?

Pour la Commission Cepess, le transfert des compétences relevant actuellement de la sécurité sociale en matière d'allocations familiales, de soins de santé et d'emploi doit s'accompagner d'un transfert de leur mode de gouvernance. Le maintien du rôle joué par les partenaires sociaux et d'une gestion collective des moyens est primordial afin de conserver un lieu d'expertise et d'arbitrage entre les différentes branches de la sécurité sociale et d'assurer l'efficacité des politiques menées.

L'efficacité démontrée du mode actuel de gouvernance, le souhait de maintenir une distinction claire entre les rôles de régulateur et d'opérateur, la volonté également de minimiser autant que possible le coût du transfert de compétences en ne recréant pas de toutes pièces de nouvelles administrations, ainsi que le souhait de favoriser les synergies et les économies d'échelle entre les différentes entités fédérées nous incite à proposer le modèle suivant :

- Les entités fédérées définissent leurs politiques respectives et deviennent les législateurs compétents pour les compétences transférées ;
- Un « organisme fédéré de protection sociale » est créé conjointement par l'ensemble des entités fédérées qui le souhaitent. Cet organisme assure une gestion globale de la totalité des budgets couvrant les besoins liés aux compétences transférées lors de la présente réforme de l'Etat comme des réformes antérieures. Cet organisme sera doté d'un comité de gestion constitué paritairement. En globalisant les moyens, cet organisme permettrait une solidarité entre les entités fédérées ainsi qu'entre les différentes

branches des matières transférées. Il assurerait ainsi une meilleure efficacité de l'affectation des moyens ;

- Cet organisme fédéré de protection sociale octroiera ses moyens à des opérateurs distincts (caisses d'allocations familiales, mutualités, organismes d'intérêts publics sectoriels, etc.) pour chacune des branches de la sécurité sociale fédérée ;
- Le financement de cet organisme sera assuré par des dotations en provenance des entités fédérées sur base des moyens perçus dans le cadre de la Loi spéciale de financement réformée. Les entités fédérées assureront les variations de coût induites par des modifications des politiques menées ;
- Dans une période transitoire, voire à plus long terme, il devra être possible, contre rémunération, de recourir aux administrations fédérales existantes pour l'exécution des politiques des entités fédérées.

Introduction

L'accord institutionnel d'octobre 2011 prévoit le transfert de compétences relevant de la sécurité sociale en matière d'emploi, de soins de santé et d'allocations familiales. Toutefois, « les règles relevant du droit du travail et de la sécurité sociale restent fédérales, de même que les dispositifs de concertation sociale ainsi que la politique salariale ».

Il convient de noter d'emblée que ces transferts sont opérés vers des entités fédérées différentes selon les matières :

- l'emploi est transféré aux trois régions (voire à la Communauté germanophone en cas de transfert ultérieur à celle-ci par la Région wallonne) ;
- les soins de santé sont octroyés aux trois Communautés, et à la COCOM pour les matières qui à Bruxelles ne relèvent exclusivement ni de l'une ni de l'autre Communauté ;
- les allocations familiales (AF) sont transférées aux trois Communautés sauf pour ce qui concerne Bruxelles où elles le sont exclusivement à la COCOM.

Ces transferts de compétences sont l'occasion de nous demander si nous souhaitons préserver un mode de gestion s'inscrivant dans une logique assurantielle, prévoyant une cogestion par les partenaires sociaux - c'est-à-dire, au premier titre, les employeurs et les syndicats qui sont co-financeurs de la sécurité sociale via le versement des cotisations, mais également les représentants des indépendants, de la fonction publique, des mutualités (pour les soins de santé), des organisations familiales dont la ligue des familles (pour les AF) et un financement principalement basé sur des cotisations sociales ; ou si nous préférons que ces transferts soient également l'occasion d'une évolution vers un modèle s'inscrivant davantage dans la seule logique d'aide aux personnes, géré par l'Etat seul et financé par l'impôt. Il nous faut également évaluer si une position intermédiaire, ou différenciée par compétence, est envisageable.

La réponse apportée à ces questions doit prendre en compte le fait que nous ne sommes pas confrontés à la dernière réforme de l'Etat et que d'autres transferts de sécurité sociale sont probables à plus ou moins brève échéance.

Elle doit également prendre en compte le timing nécessaire pour opérer la transition vers le nouveau modèle fédéré, par exemple afin d'assurer le transfert du personnel vers les nouvelles entités. Il importera de maintenir l'efficacité des administrations existantes durant la période transitoire.

1. Inventaire des transferts

Le montant budgétaire de la totalité des transferts opérés sur lequel se sont accordés les négociateurs est estimé à 16,898 milliards d'euros.

Compétences	Montants (millions d'euros)
Marché de l'emploi	4.326,1
Allocations familiales	5.900,1
Soins de santé	4.211,4
Dépenses fiscales	1.911,4
Autres	548,9
TOTAL	16.898

Pour chacune des compétences transférées, la note précise qu'il conviendra de déterminer ultérieurement le personnel et les moyens associés (fonctionnement, bâtiments) qui devront également être transférés.

01. Marché de l'emploi (4,326 milliards d'euros)

L'accord prévoit la ou le :

- Régionalisation du contrôle de la disponibilité active et passive des chômeurs¹ (avec possibilité de déléguer le pouvoir de sanction à l'ONEM contre rémunération) et des dispenses de disponibilité pour formation ;
- Régionalisation des réductions groupes cibles ONSS et activation des allocations de chômage ;

¹ Avec maintien au niveau fédéral du cadre normatif relatif de la réglementation en matière d'emploi convenable, de recherche active d'un emploi, de contrôle administratif et de sanctions.

- Régionalisation des droits de tirage et des réductions de cotisations ONSS et ONSS-APL pour les agents contractuels subventionnés (APE en Wallonie) ;
- Régionalisation des titres services (en maintenant les aspects liés au droit du travail, tels ceux concernant les conditions de travail dans le secteur au fédéral) en ce compris la déductibilité fiscale ;
- Régionalisation des programmes d'accompagnement visant la réinsertion des bénéficiaires d'un revenu d'intégration sur le marché du travail (articles 60 et 61) ;
- Régionalisation du congé-éducation payé et communautarisation de l'apprentissage industriel (prévision d'un accord de coopération entre Régions et Communautés pour l'organisation et la reconnaissance des formations en matière de congé-éducation payé) ;
- Transfert des interruptions de carrière dans la fonction publique locale, provinciale, communautaire et régionale, ainsi que dans l'enseignement ;
- Migration économique : régionalisation du pouvoir réglementaire concernant les permis de travail A et B ainsi que de la carte professionnelle pour travailleurs indépendants ;
- Transfert régional de diverses mesures : ALE, outplacement, conventions de premier emploi, bonus de démarrage et de stage pour stagiaires issus de l'alternance, complément de reprise du travail pour chômeurs âgés et familles monoparentales,...
- Capacité pour les Régions et Communautés de déterminer les conditions de recours au travail intérimaire pour leurs secteurs publics respectifs et le niveau local ;
- Adaptation et réorganisation de la structure de l'ONEM : présence des Régions au Comité de gestion de l'ONEM.

02. Soins de santé et aide aux personnes (4,211 milliards d'euros)

L'accord prévoit que l'ensemble des compétences transférées en la matière est confiée aux Communautés. Pour ce qui concerne Bruxelles-Capitale, les Communautés seront donc compétentes à l'égard des institutions qui, par leur organisation, se rattachent exclusivement à l'une ou l'autre d'entre elles, tandis que la Commission Communautaire Commune sera compétente pour le reste, c'est-à-dire à l'égard des institutions bicommunautaires et des personnes.

L'accord porte sur la ou le :

- Création d'un Institut qui fera office de lieu permanent et interfédéral de concertation entre les ministres compétents en matière de santé + mission de définir une vision prospective commune et une politique de soins durable ;
- Communautarisation de la politique en matière d'aide aux personnes handicapées (aide à la mobilité, allocation d'aide aux personnes âgées) ;
- Transfert aux Communautés de la compétence de définir les normes auxquelles les hôpitaux (ainsi que les services, programmes de soins, fonctions,... hospitaliers) doivent répondre pour être agréés² ;
- Homogénéisation de la politique des personnes âgées et soins « long care » :
 - Compétence complète aux Communautés (y compris fixation des prix réclamés aux résidents) en matière de maisons de repos, maisons de repos et de soins, centre de soins de jour, centre de court séjour, services G isolés (hôpital mono-spécialisés en gériatrie) et services SP isolés (hôpital mono-spécialisés en revalidation).
 - Transfert de conventions de revalidation : ORL, psy, toxicomanes, malentendants, déficiences visuelles, autisme, établissements de rééducation pour enfants présentant une pathologie médico-psychologique grave,...
- Homogénéisation des soins de santé mentale : transfert des plateformes de soins de santé mentale et communautarisation complète en matière de maisons de soins psychiatriques et d'initiatives d'habitations protégées ;
- Homogénéisation de la politique de prévention ;
- Transfert de l'organisation des soins de santé de première ligne : soutien aux métiers de la santé de première ligne et à l'organisation des soins de première ligne, de même que les réseaux palliatifs et les équipes multidisciplinaires palliatives.

² La programmation et le financement des hôpitaux restent de compétence fédérale.

03. Allocations familiales (5,9 milliards d'euros)

L'accord prévoit le transfert des allocations familiales, des allocations de naissance et des primes d'adoption aux Communautés, et à la COCOM pour Bruxelles. Il précise également que :

- Le droit aux allocations familiales sera consacré dans la Constitution ;
- Préalablement au transfert, la différence du montant des allocations entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants sera supprimée ;
- Durant une période transitoire, les Communautés et la COCOM pourront faire appel, contre rémunération, aux actuelles institutions de paiement pour continuer à assurer la gestion administrative et le paiement des allocations ;
- Les moyens du FESC (Fonds d'équipements et de services collectifs) seront répartis entre les Communautés.

2. Principes et valeurs guides

Plusieurs principes paraissent devoir guider notre réflexion :

01. Inscription dans la Constitution des principes d'égalité de traitement et d'accès, de libre choix et de liberté de circulation.

- a. Le transfert des compétences de l'enseignement a conduit à l'inscription du principe d'accès et d'égalité dans la Constitution : texte de la Constitution (Art. 24).
- b. Le transfert des allocations familiales prévoit cette même inscription dans la Constitution.
- c. Pour le chapitre de transfert des compétences santé, il n'est rien prévu sauf que dans la note il est indiqué que le coût du traitement devra être le même partout. De plus, l'art. 23 de la Constitution prévoit déjà la garantie du « droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ».

Les principes du pacte associatif tels que pensés à l'origine trouvent ici un champ indispensable d'application, même s'il ne sera pas possible d'y faire explicitement allusion puisqu'il ne s'agit pas d'un texte fédéral.

02. Principes généraux applicables au système fédéré.

- › Liberté ;
- › Solidarité :
 - Solidarité interpersonnelle.
 - Solidarité intergénérationnelle.
 - Solidarité entre les branches du système (permettre d'opérer des glissements en faveur de secteurs qui connaissent une plus forte croissance).
- › Accessibilité ;
- › Efficience : efficacité à un coût optimal ;
- › Satisfaction de la population ;

- Vision à moyen et long terme :
 - le modèle de gestion que nous défendons doit anticiper l'avenir dans le sens où ce qui paraît aujourd'hui embryonnaire préfigure pour demain la sécurité sociale de nos enfants. Nous devons donc faire preuve de prospective.
 - les gestionnaires du nouveau système doivent pouvoir s'inscrire dans une perspective sur le long terme capable de résister aux positions de court terme de l'opinion publique et des médias et d'éviter les changements brusques.
- Cohésion sociale : rempart contre la dualisation sociale (privatisation) ;
- Stand-still : l'état du droit social au moment de son acceptation par le constituant doit être considéré comme une garantie minimale acquise. Ce qui est transféré aujourd'hui sont des droits individuels liés à des personnes, ils ne peuvent être transformés en droits collectifs garantis par le développement de services (exemple : transformer les allocations familiales en subsides à l'accueil de l'enfance) ;
- Un modèle qui évite les distorsions entre Bruxelles et la Wallonie, voire, idéalement un modèle fédéré commun aux Bruxellois et aux Wallons ;
- Assurer la transparence du système :
 - en garantissant l'impartialité dans la distribution des moyens.
 - en visant le changement dans la continuité (adapter les organes actuels à la présence d'une autorité régionale ou communautaire tout en continuant de bénéficier de l'apport technique et logistique du fédéral par exemple).
- Différenciation des rôles d'opérateur de services au public et de régulateur du système en vertu de l'intérêt général ;
- Adhésion des partenaires sociaux.

3. Les différents modèles de gestion

L'accord institutionnel s'est contenté de définir les matières à transférer et les budgets. Il importe donc de définir le mode de gestion souhaité de ce qui paraît constituer les prémices d'une sécurité sociale fédérée. Théoriquement, 3 modèles sont possibles :

- a. Un modèle où les partenaires sociaux sont représentés (gestion globale ou par branche).
- b. Un modèle de transfert vers les administrations (gestion centralisée par l'Etat).
- c. Un modèle mixte (concertation sociale – administration).

01. Arguments en faveur du maintien d'un modèle de gestion au sein de la sécurité sociale

Nous restons attachés à *une sécurité sociale* pour tous et non à une protection sélective pour les nécessiteux. Sortir une branche du champ de l'assurance sociale, c'est la faire basculer dans l'aide aux personnes et l'exposer au principe de sélectivité. Très vite certains politiques seront tentés d'en refuser l'accès aux personnes qui ne sont pas dans le besoin. Se posera alors la question du seuil des revenus à prendre en considération et les contraintes budgétaires feront que celui-ci sera ajusté vers le bas...

Nous plaçons ici pour un modèle non sélectif (ni par le haut ni par le bas) qui maintienne la solidarité entre tous les assurés sociaux et tous les niveaux de revenus. Sous des apparences de logique redistributive, la sélectivité fait courir le risque que les contributeurs les plus importants se sentent déconnectés du système solidaire. Elle renforce ainsi les velléités de privatisation et de scission du système en un socle de base obligatoire et un volet complémentaire variable en fonction des revenus de chacun.

La concertation sociale est également *un gage de cohésion sociale et de démocratie participative*. La gestion paritaire est une manière de faire confiance aux acteurs du secteur et d'éviter de mettre l'autorité publique en 1^{ère} ligne. C'est en quelque sorte l'application du principe de subsidiarité. La concertation sociale c'est aussi la représentation de la société civile. Ce mode de gestion repose sur

la représentation des usagers et une bonne connaissance du terrain. Le rôle des partenaires sociaux comme intermédiaires est ici fondamental et favorise une meilleure identification des besoins.

La concertation sociale permet aussi *plus de souplesse* dans l'évolution du système et la nécessaire adaptation aux besoins. Dans le domaine de la santé, par exemple, la gestion paritaire (et globale) de la sécurité sociale et l'implication des représentants des prestataires et des mutualités ont notamment permis la maîtrise des coûts de la santé. Vu que les compétences santé seront gérées à plusieurs niveaux, il faudra être très attentif dans le système qui se mettra en place à ce que les coûts de la santé restent maîtrisés et que la charge pour le patient n'augmente pas !

Ce modèle représente une garantie de cohérence de l'ensemble du dispositif et un rempart contre le risque d'éclatement.

02. Arguments en faveur d'un modèle purement administratif

En l'absence de distinction au niveau des entités fédérées entre un budget de l'Etat et un budget de la sécurité sociale, les transferts de compétences pourraient conduire au glissement d'un modèle bismarkien vers un modèle beveridgien. Il s'agit d'un modèle centralisateur ne différenciant pas impôt et cotisation et visant une couverture générale et uniforme. L'Etat en est le gestionnaire unique. Il fixe la politique globale et le ministre, aidé par son administration, intervient pour définir les besoins et les moyens. Les partenaires sociaux ne sont pas associés à la gestion et n'ont aucun droit d'initiative, mais peuvent tout au plus avoir une compétence d'avis.

Les avantages dont peut se prévaloir ce modèle sont sa transparence, son caractère démocratique, les économies d'échelle qu'il permet et sa souplesse budgétaire.

Dans ce modèle, l'Etat est seul responsable, depuis la conception des politiques jusqu'au point ultime de leurs exécutions. Il ne peut rejeter la responsabilité sur d'autres ni se retrancher derrière la volonté ou l'inefficacité d'autres. Il dispose de l'ensemble des leviers et peut les utiliser par la voie hiérarchique.

Comme seul responsable, le Gouvernement est contrôlé par le Parlement sur l'exécution de l'ensemble de la chaîne politique et administrative. Dans une logique de démocratie représentative (qui est ici en opposition avec celle de la démocratie participative), ce modèle représente une évidente plus-value en termes de démocratie.

Intégrant l'ensemble des secteurs, l'État devrait pouvoir réaliser des économies d'échelle au niveau de l'exécution des politiques.

Enfin, l'État ayant la vision la plus globale des besoins des citoyens, ce modèle facilite pour lui les arbitrages notamment budgétaires entre toutes les politiques sociales et autres à mener et offre donc une souplesse accrue.

03. C. Arguments en faveur d'un modèle mixte

Un modèle mixte est probablement envisageable. Le conseil d'administration ou le comité de gestion de plusieurs organismes d'intérêt public (OIP, tels que l'AWIPH, PHARE, le VAPH, le Forem, Actiris, le VDAB, etc.), sont composés de représentants des partenaires sociaux. Les partenaires sociaux demeurent ainsi les gestionnaires de compétences qui se situent en périphérie de la sécurité sociale. Sortir une compétence du cadre de la sécurité sociale ne signifie donc pas nécessairement supprimer toute association des partenaires sociaux à la gestion de celle-ci. Une différence principale réside toutefois dans l'opérateur exécutant la politique définie.

L'opérateur est l'organisme chargé de l'exécution de la politique. En cas de glissement hors de la sécurité sociale, l'opérateur devrait être l'administration ou un organisme parastatal. À l'inverse, l'opérateur en charge des compétences de sécurité sociale est souvent une émanation des partenaires sociaux : mutualités, syndicats, caisses d'allocations familiales.

De plus, un tel modèle se distingue par l'éclatement prévisible des compétences entre différents OIP dont les budgets sont définis par l'État seul, à la différence de la gestion commune de l'ensemble du budget de la sécurité sociale qui permet une solidarité entre les différentes branches.

4. Possibilité de coopération entre les entités fédérées

Le transfert de compétences induit un processus de défédéralisation. Sur le plan institutionnel belge on est clairement dans une évolution centrifuge. La Communauté flamande donne l'impression de vouloir gérer de manière autonome les matières qui lui reviennent dans le cadre d'une gestion administrative centralisée. En raison de l'importance de la mobilité entre les différentes régions du pays, une coopération minimale demeurera toutefois indispensable afin d'assurer un partage efficace de l'information. Il importe d'éviter par exemple que deux parents divorcés domiciliés dans des régions différentes perçoivent chacun des allocations pour le même enfant. Il est également essentiel d'assurer une continuité dans le paiement des prestations lorsqu'un résident change de région.

Il n'est toutefois pas impossible que la coopération soit bien plus importante. Peut-être à terme la Flandre pourrait-elle être favorable à une reconstruction confédérale sur base d'accords de coopération entre entités fédérées et de possibles mouvements internationaux imposant à l'Etat fédéral des lignes de conduite. Dans un premier temps toutefois, ce sont des coopérations au niveau des autres entités fédérées qui paraissent envisageables. La fréquence de la mobilité des personnes entre Bruxelles, la Wallonie et la Communauté germanophone, la nécessité de favoriser les économies d'échelle dans un contexte budgétaire particulièrement difficile devraient inciter ces trois entités à nouer d'étroites coopérations pouvant conduire à l'adoption de règles identiques et du choix d'un opérateur commun.

Au-delà de la coopération entre entités fédérées, la question d'une gestion commune doit être posée. Alors qu'une coopération signifie que les politiques sont élaborées de manière distincte à Bruxelles et en Wallonie et que l'on vérifie ensuite comment se coordonner au mieux et via quels organes, la gestion commune suppose la détermination en amont de politiques communes et de modes d'organisation communs correspondants.

Les francophones n'étaient pas favorables à la défédéralisation de ces compétences, il serait donc logique qu'ils souhaitent les exercer de manière concertée au niveau fédéré. Il conviendra par contre de vérifier que les Bruxellois néerlandophones acceptent de jeter ainsi les bases d'une authentique Fédération birégionale Wallonie-Bruxelles.

5. Mode de financement des compétences transférées

L'accord sur la loi de financement prévoit que le financement des compétences défédéralisées sera calculé sur base soit de l'IPP perçu, soit du nombre d'habitants, au lieu de résidence ; alors qu'en sécurité sociale, l'ouverture des droits est fonction du lieu de travail.

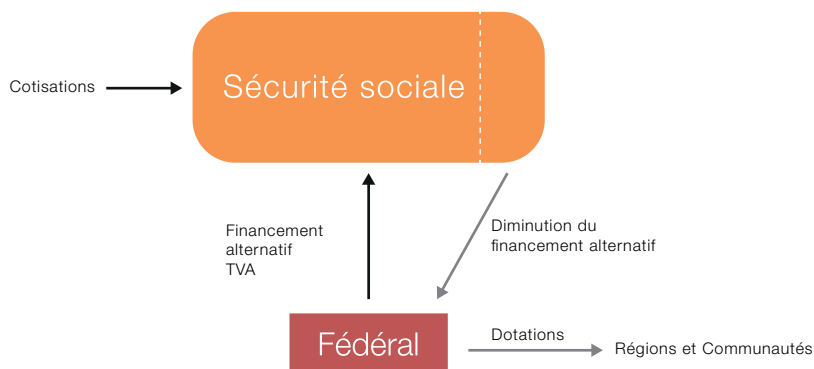
En soi, la référence au lieu de résidence s'inscrit dans une logique beveridgienne d'un financement de l'aide aux personnes sur base de l'impôt. Ces compétences ne seront pas, cependant, financées par des recettes propres des entités fédérées, mais au moyen de dotations en provenance de l'entité I. L'accord institutionnel ne stipule pas sur quel poste budgétaire seront prélevés les moyens transférés aux entités fédérées. Il ne précise pas, en particulier, si cet argent sera prélevé sur le budget de la sécurité sociale ou sur le budget de l'Etat.

Comme au niveau fédéral, il s'agissait de compétences de sécurité sociale, elles étaient financées initialement par des cotisations sociales, certes progressivement complétées par un financement alternatif en provenance du budget de l'Etat. Ce financement par cotisations lie les prestations de sécurité sociale au statut socioprofessionnel. C'est ainsi qu'actuellement un résident belge travaillant dans un autre pays ne perçoit pas d'allocations familiales pour ses enfants en Belgique.

L'accord institutionnel n'envisage pas de modification du mode de financement de la sécurité sociale en tant quel tel. Celui-ci demeurant fédéral, cela signifie que toute personne – tout travailleur salarié à tout le moins – contribue de la même manière partout en Belgique. Or, dans un système assurantiel financé par des cotisations, le principe « mêmes cotisations = mêmes droits » doit être respecté pour toutes les personnes travaillant dans l'entité qui perçoit les cotisations, que celles-ci soient versées par le travailleur lui-même ou par l'employeur au bénéfice du travailleur. Le fait que les cotisations demeureront identiques semble ainsi en contradiction avec la volonté de défédéralisation des compétences concernées.

En l'heureuse absence d'une défédéralisation des cotisations elles-mêmes (à l'exception des réductions de cotisations), plusieurs options paraissent malgré tout pouvoir être envisagées ou combinées pour résoudre cette difficulté.

01. Les moyens transférés aux entités fédérées le sont depuis le budget de l'Etat, celui-ci réduisant à due concurrence son financement alternatif de la sécurité sociale

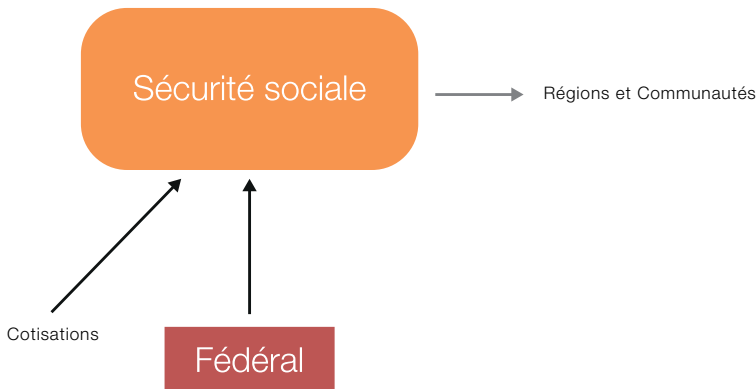


Dans cette option, les compétences transférées et leur financement sortent du cadre de la sécurité sociale. Nous sommes dans un financement traditionnel par l'impôt de politiques publiques dont la gestion relève de l'Etat. Le montant total du financement alternatif est suffisant à ce stade pour couvrir l'ensemble des compétences transférées³. Cela signifierait que les cotisations sociales servant historiquement à financer les compétences transférées seraient réorientées au profit du financement des domaines de la sécurité sociale qui restent fédéraux.

Cela pose en particulier problème pour les AF des salariés. Si, pour les allocations familiales, un transfert à charge du budget de l'Etat était neutralisé par une diminution du financement alternatif à la sécurité sociale, alors le recyclage de la cotisation patronale de 7% au profit des autres secteurs de la sécurité sociale ne pourrait être vu autrement que comme étant la compensation de la diminution du financement alternatif. Il est toutefois à noter que, aujourd'hui déjà, les recettes de cotisations sociales pour les allocations familiales des salariés excèdent les besoins du secteur. Une partie de ces cotisations servent donc déjà aujourd'hui à financer d'autres secteurs de la sécurité sociale.

³ En 2009, le financement alternatif représentait 17,232 milliards d'euros pour les salariés et les indépendants : x 1.000 Régime salariés - Régime indépendants - Financement alternatif 9.261.644850.144. Subvention de l'Etat 5.850.0021.270.904. Total moyens Etat 15.111.6462.121.048. En regard, dépenses allocations familiales : Dépenses totales 4.630.655415.233 ; Recettes propres : 426.304 ; Besoins nets : 4.204.351415.233. Source : <http://securitesociale.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/vademecum/vademecum-financieel-statistische-gegevens-sociale-bescherming-belgie.htm>

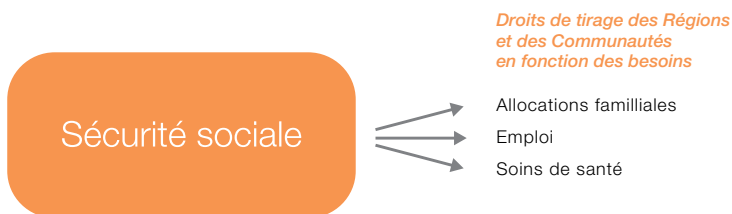
02. Les moyens transférés aux entités fédérées sont prélevés depuis le budget de la sécurité sociale



Une telle option signifierait que la loi de financement assurerait non plus seulement des transferts depuis le budget de l'Etat vers l'entité II, mais également depuis le budget de la sécurité sociale vers celui de l'entité II. Si cela paraît juridiquement possible, cela serait tout de même curieux dans la mesure où l'Etat déterminerait unilatéralement l'affectation de moyens devant normalement être cogérés avec les partenaires sociaux.

Cela semble surtout heurter le principe énoncé ci-dessus : « mêmes cotisations = mêmes droits » puisque des personnes payant les mêmes cotisations verraient leurs droits être différenciés, non plus en fonction de leur statut socioprofessionnel, mais en fonction de leur lieu de résidence. Il faudrait à tout le moins adopter une interprétation large de ce principe en considérant que les droits peuvent être différenciés selon le lieu de résidence de la même manière qu'ils le sont, par exemple, en fonction du nombre d'enfants. Tout citoyen belge étant libre de s'installer dans la région de son choix, comme de faire un enfant de plus, l'égalité de droit serait respectée. Le principe « mêmes cotisations = mêmes droits » signifierait alors qu'en cas de déménagement d'une Région à une autre, le nouveau résident devrait disposer immédiatement des mêmes droits que les autres résidents de la Région puisqu'il ne pourra pas lui être opposé qu'il n'a pas contribué de la même manière au financement de ces politiques.

03. Les moyens demeurent au sein du budget de la sécurité sociale. Les entités fédérées déterminent les droits s'appliquant à leurs résidents, mais des comités de gestion seraient créés pour les différentes entités fédérées.



Dans une telle option, les partenaires sociaux demeurent les gestionnaires des moyens, à charge pour les entités fédérées de fournir à ces comités de gestion un financement alternatif si les dotations prévues ne suffisent pas à financer les politiques définies par les entités fédérées.

La conformité d'une telle option avec les règles de comptabilité nationale doit toutefois être vérifiée, dans la mesure où il faut en principe impérativement séparer ce qui relève des compétences fédérales (entité I) et ce qui relève des compétences des entités fédérées et des pouvoirs locaux (entité II). L'accord du 11 octobre 2011 sur le transfert de compétences ne semble par ailleurs pas prévoir une telle option.

Le choix de ces options doit se faire au niveau fédéral et influence fortement les possibilités de mode de gestion par les entités fédérées. Il est à noter que, en cas de transferts ultérieurs importants, l'option A ne pourra plus être utilisée puisque les moyens concernés excéderaient ceux du financement alternatif. Privilégier l'option A peut dès lors être perçu comme un moyen de rendre plus délicats des transferts ultérieurs. D'un autre côté, il peut paraître préférable d'opter d'emblée pour un modèle susceptible d'être utilisé pour de futurs transferts.

En tout état de cause, aujourd'hui, ce n'est plus tant l'origine du financement (cotisations ou impôts) qui doit constituer le critère distinctif entre une compétence relevant de la sécurité sociale ou du budget de l'Etat, mais bien le type de prestations.

6. Différenciation des modèles de gestion selon les compétences

La question qu'on se posera ici est de savoir s'il peut être envisagé d'opter pour un mode de gestion différent pour une compétence particulière. Pourrait-on accepter, par exemple, que seules les allocations familiales sortent du modèle de la cogestion ?

Une telle différenciation semble constituer une remise en cause du compromis historique entre les patrons, les syndicats et les mutuelles. En effet, chacun de ces partenaires sociaux intervient plus spécifiquement dans la gestion d'une branche de la sécurité sociale, à savoir respectivement les allocations familiales, les allocations de chômage et les pensions, et les soins de santé. Se mettre hors sécurité sociale pour la gestion d'une branche peut dès lors signifier ouvrir une brèche, créer un précédent, laisser l'Etat prendre la place des partenaires sociaux dans la gestion et basculer vers une logique plus administrative.

Toutefois, si cette remarque préalable doit être conservée à l'esprit, il paraît difficile de faire l'impasse sur un examen plus spécifique des différents enjeux propres aux différentes compétences afin de pouvoir évaluer pour chacune d'entre elles les avantages et les inconvénients des différents modes de gestion.

01. Enjeux spécifiques aux allocations familiales

La volonté d'inscrire le droit aux allocations familiales dans la Constitution et de supprimer les différences entre indépendants et salariés semble démontrer une volonté d'en faire un droit de l'enfant et donc de supprimer le lien avec le statut socioprofessionnel de ses parents. L'accord semble donc envisager une sortie de la sécurité sociale, au minimum des allocations familiales.

Il est cependant à noter que le glissement vers des allocations familiales « droits de l'enfant » a déjà été entamé en 1971 avec l'instauration du régime des prestations garanties en faveur des enfants ne pouvant bénéficier d'aucune manière d'AF dans un régime professionnel. Et cela n'a pas empêché que ce soient les partenaires sociaux à l'ONAFST qui gèrent cela sur un financement provenant des cotisations des salariés.

Le lien avec les autres branches de la sécurité sociale doit toutefois être préservé afin de sauvegarder l'existence d'AF pour tous les enfants et non pas seulement des AF « instrument de lutte contre la pauvreté » réservées à des niches. Encore moins d'assurer un risque « d'échec de la contraception ».

Si on peut supposer qu'une simplification tant de la politique des allocations familiales que du nombre d'opérateurs pourrait réduire les frais de gestion, ceux-ci ne paraissent pas particulièrement élevés actuellement puisqu'ils seraient d'environ 50 euros par enfant et par an. Une comparaison de ce coût avec celui de la gestion par l'administration serait certainement très éclairante.

02. Enjeux spécifiques aux soins de santé

En ce qui concerne les soins de santé, il s'agit d'un paquet de compétences comptant pour 4,2 milliards d'euros soit près de 16 % du budget de l'assurance-maladie. Trois points doivent plus particulièrement retenir l'attention et sont susceptibles d'avoir un impact sur le modèle de gestion envisagé pour l'avenir.

a Financement

Les compétences transférées en matière de santé ne seront à terme plus financées par la norme de croissance de 4,5 % (diminuée à 2 % en 2013 et à 3 % en 2014 dans le tout récent accord sur le budget). Que prévoit l'accord institutionnel ? Initialement, les moyens fédéraux actuels seront répartis selon la part, dans chaque entité, de la population des plus de 80 ans pour les compétences concernant les personnes âgées (structures d'accueil comme les maisons de repos, l'allocation d'aide aux personnes âgées et les hôpitaux gériatriques isolés), ou de la population totale pour les autres compétences. Les moyens ainsi répartis seront ensuite majorés, chaque année, en fonction de la croissance du PIB, de l'inflation et de la population considérée. Si le critère de population paraît à première vue cohérent, celui du PIB l'est beaucoup moins : en temps de crise, les moyens pour la santé seront drastiquement réduits. On sort d'une logique axée sur les besoins pour une logique centrée sur les moyens.

Par ailleurs, les moyens tels que garantis par l'accord institutionnel seront à termes insuffisants. Prenons l'exemple des maisons de repos. L'encadrement en MRPA-MRS-CDJ (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins, centres de jour) représente, en 2010, 2,2 milliards d'euros. Depuis

2000, ces dépenses ont cru en moyenne de 7,5 % par an (hors inflation). Si, en 2000, on avait appliqué le taux de croissance tel que prévu par le récent accord institutionnel, les budgets prévus n'auraient cru en moyenne que de 4,7 % par an. Ceci implique que, pour l'année 2010, il aurait manqué près de 500 millions d'euros pour répondre aux besoins et ce, avant même le début de l'effet du vieillissement de la population (et l'arrivée des baby-boomers à la pension).

Ceci montre aussi les risques de voir diminuer le contenu et la qualité des soins couverts afin de les contenir dans des coûts finançables par l'autorité et pour ce qui est des besoins non couverts, de voir s'accroître les phénomènes de privatisation et de marchandisation ; ce qui ne fera qu'accroître les inégalités en matière d'accès à la santé.

b Egalité d'accès

L'accord institutionnel précise ceci : « la solidarité interpersonnelle implique l'égalité d'accès pour tous aux soins de santé remboursés, en garantissant le libre choix du patient, conformément au principe européen de la libre circulation des personnes. Le patient paiera le même prix pour un même produit ou une même prestation, quel que soit l'endroit en Belgique où ce soin lui est prodigué ».

Il est impossible à la lecture de l'accord de savoir si cette phrase porte sur les matières qui restent fédérales ou si cela englobe également les matières transférées...

En faisant l'hypothèse que l'égalité d'accès concerne également les compétences transférées, nous pouvons l'interpréter de deux manières :

- une première interprétation donne à penser que l'accord institutionnel garantit le même accès aux soins pour tous les Belges. Mais est-ce envisageable dans la mesure où les Régions et Communautés seront compétentes pour le financement et l'organisation ?
- une seconde interprétation peut être faite au travers du principe européen de libre circulation des personnes. Dans ce cas, on peut faire l'hypothèse d'avoir des différences de prix et de niveau de remboursement entre Régions et Communautés. L'égalité d'accès ne serait donc pas d'application entre les Belges mais entre, par exemple, les Flamands : où que le Flamand aille en Belgique, la Région flamande lui garantit qu'il payera le même prix

pour sa voiturette. Cette seconde hypothèse est sans doute plus probable dans la mesure où il y a déjà, actuellement, des différences d'intervention pour des prestations organisées et financées par les Communautés et les Régions (par exemple, l'intervention des fonds régionaux pour l'adaptation des chaises roulantes). Dans cette seconde hypothèse, il est clair que les inégalités d'accès entre Belges ne feront que s'accroître...

Il faudra donc être attentif aux garde-fous à mettre en place au niveau fédéral ou via la Constitution pour éviter des disparités de traitement ou des nomenclatures fédérées.

c Organisation des soins

La défédéralisation des compétences est loin d'apporter homogénéité et transparence... Pour exemple : l'accord prévoit le transfert des hôpitaux gériatriques isolés aux entités fédérées, alors que les lits gériatriques dans les hôpitaux généraux ou spécialisés resteront, eux, du ressort du fédéral. Ceci implique que pour un même type d'offre de soins, le financement et l'organisation différeront. Certaines compétences concernant les personnes âgées comme les soins infirmiers à domicile restent du ressort du fédéral alors que d'autres sont régionalisées. Tout ceci semble laisser craindre de nouveaux transferts ultérieurs...

En termes de modèle de gestion, ceci plaide pour :

- Une vision globale et sur le long terme, de sorte qu'au niveau du système fédéré on soit en mesure de construire de la cohérence entre les compétences et de distribuer les moyens en fonction des besoins des différentes branches, en cogestion avec les partenaires sociaux. Pour développer à l'avenir des politiques cohérentes il faut se donner les moyens d'une gestion globale des budgets transférés. C'est une question politique de gouvernance qui doit être posée en amont de la distribution des enveloppes aux entités fédérées ;
- Saisir l'opportunité du transfert pour évoluer vers un modèle plus intégré et résoudre la concurrence actuelle liée à la séparation SPF Santé publique – INAMI Affaires sociales ;
- Se donner les moyens de garantir le principe actuel de financement : « l'argent suit le patient ». Ce qui est transféré ce sont des droits individuels liés aux personnes et non le financement d'institutions.

Un modèle mixte au sein duquel les partenaires sociaux seraient associés à la gestion administrative assurerait une certaine continuité avec le modèle actuel dans lequel les partenaires sociaux ont un rôle important de représentation des usagers et de monitoring des dépenses sociales. Mais les partenaires sociaux seront-ils associés uniquement aux conseils d'avis ou plus en amont au niveau des organes de gestion qui identifient les besoins et fixent les moyens ?

La préservation du modèle de gestion par les partenaires sociaux garantirait la représentation du secteur dans un organe de gestion. Cet organe de gestion disposerait d'un pouvoir d'initiative et de décision pour définir les besoins à prendre en compte et les moyens à mettre en œuvre pour les rencontrer : financement, programmation et agrément.

L'organe de gestion serait composé paritairement par les partenaires sociaux : patrons/gestionnaires et syndicats. Les mutualités seraient impliquées en tant que représentants des patients et gestionnaires de l'assurance maladie. La composition du comité de gestion permettrait donc la représentation de tous les acteurs, ce qui garantit un haut degré de transparence, et donc d'équité dans la prise de décision.

Ce modèle serait basé sur les principes suivants :

- a. Libre choix des patients.
- b. Liberté thérapeutique.
- c. Solidarité.
- d. Responsabilité.
- e. Efficience (efficacité à un moindre coût) :
 - efficacité ;
 - qualité des soins et contrôle de la qualité ;
 - souplesse d'adaptation aux besoins qui évoluent très vite ;
 - accessibilité (pas de liste d'attente) ;
 - moindre coût ;
 - négociation des tarifs et souplesse d'adaptation (entre autres vu l'évolution des prix et des techniques) ;

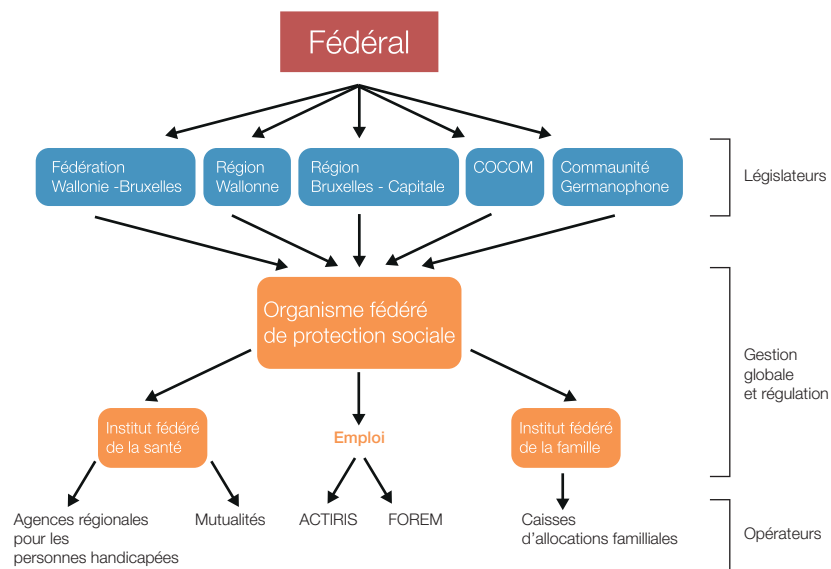
- frais d'administration ;
- f. Satisfaction et confiance de la population (notamment par le biais du secret professionnel).
- g. Rôle des partenaires sociaux comme représentants des usagers et de l'intérêt général.
- h. Rôle de la gestion paritaire (mutualités-prestataires) dans la gestion optimale des dépenses et la maîtrise des coûts de la santé.

03. Enjeux spécifiques aux compétences en emploi

En ce qui concerne les compétences transférées liées à l'emploi, l'analyse doit être réalisée de manière différenciée selon les transferts réalisés. Chacune des compétences qui sont transférées nécessite une analyse approfondie mesure par mesure.

Toutefois, d'ors et déjà il est clairement établi que la capacité de disposer d'un emploi de qualité est l'un des déterminants essentiel de la santé publique. Le développement des politiques d'emploi doit par conséquent se concevoir comme partie intégrante d'une vision plus large et globale de protection sociale, permettant de jouer sur les interactions entre les différentes branches de protection sociale.

7. Modèle proposé par la Commission Cepess



Pour la Commission Cepess, le transfert des compétences relevant actuellement de la sécurité sociale en matière d'allocations familiales, de soins de santé et d'emploi, doit s'accompagner d'un transfert de leur mode de gouvernance. Le maintien du rôle joué par les partenaires sociaux et d'une gestion collective est primordial afin de conserver un lieu d'expertise et d'arbitrage entre les différentes branches de la sécurité sociale.

Il paraît également essentiel de préserver un système de sécurité sociale assurant une répartition horizontale via des contributions proportionnelles aux ressources et des prestations universelles, plutôt qu'un système privilégiant des prestations ciblées sur les seuls plus démunis.

Il existe d'importants motifs pour s'attacher à la logique de répartition horizontale et à l'universalité du régime. La société vieillissante en fournit déjà un majeur : la solidarité intergénérationnelle. Dans un pays où il n'existerait pas d'allocations familiales mais bien un système de pensions comparable au nôtre et en raison du vieillissement, on devrait régulièrement augmenter les cotisa-

tions sociales des travailleurs et des employés. Le sentiment d'injustice serait important parce que les familles ayant des enfants doivent en quelque sorte payer deux fois des cotisations, une fois pour les pensions des aînés et une fois en investissant dans les enfants qui paieront plus tard le coût du vieillissement. Autrement dit, la transversalité des branches de la sécurité sociale s'affirme aussi au vu du vieillissement de la population et notre système d'allocations familiales universel s'inscrit dans la sauvegarde de la solidarité intergénérationnelle.

La place des partenaires sociaux ne s'inscrit donc pas dans une logique de gestion de budgets leur appartenant, mais dans un souci de cohérence des systèmes, d'adaptation rapide de ceux-ci aux réalités et d'adhésion aux efforts demandés de par l'implication aux décisions. Faut-il pour cela qu'ils soient à un niveau de gestionnaire opérationnels ou de conseil d'avis obligatoire avec faculté de proposition d'initiative – tel qu'imaginé en Communauté française pour le transfert du FESC –, le débat peut s'ouvrir. Selon nous, la présence des partenaires sociaux et associatifs au niveau des organes de gestion est susceptible de favoriser la cohérence entre les compétences transférées et celles qui demeurent au niveau fédéral (notamment au niveau des soins de santé), entre les compétences transférées dans le cadre de la réforme de l'Etat et celles qui sont déjà gérées par les entités fédérées, et des différentes branches entre elles. Les partenaires sociaux sont également susceptibles de favoriser davantage de continuité et de stabilité des politiques menées.

Il nous semble, de plus, que la gestion globale des moyens transférés permettra d'assurer une meilleure gestion des compétences transférées et de pouvoir plus facilement faire face à des évolutions non-anticipées de ces politiques, en assurant un transfert des moyens d'une branche à l'autre (comme c'est le cas dans le cadre actuel de la gestion globale de la sécurité sociale). Par ailleurs, il peut paraître souhaitable de permettre des réorientations de certains moyens vers une affectation qui peut le mieux répondre aux objectifs poursuivis et aux besoins. Enfin, cette gestion globale permettrait de pouvoir tenir compte d'évolutions contrastées entre les différentes Régions. Ainsi, par exemple, le rajeunissement de la population à Bruxelles est compensé par une diminution de sa population âgée ; le contraire est vrai en Wallonie. Disposer d'un outil commun permettra de favoriser la convergence des politiques menées entre les différentes institutions concernées, voire de développer des politiques communes. Cela permettra également de favoriser les économies d'échelle et d'éviter la segmentation des politiques et des outils administratifs.

L'efficacité démontrée du mode actuel de gouvernance, le souhait de maintenir une distinction claire entre les rôles de régulateur et d'opérateur, la volonté également de minimiser autant que possible le coût du transfert de compétences en ne recréant pas de toutes pièces de nouvelles administrations, ainsi que le souhait de favoriser les synergies, les économies d'échelle et l'affectation optimale des ressources entre les différentes entités fédérées et entre les différentes politiques nous incite à proposer le modèle suivant.

01. Les législateurs

L'accord sur la sixième réforme de l'Etat prévoit explicitement que ce sont les entités fédérées (selon le cas, les Régions, les Communautés ou la COCOM) qui deviennent les législateurs compétents pour les compétences transférées. Chaque entité doit donc pouvoir définir sa propre politique dans les matières concernées. Il n'en demeure pas moins souhaitable que, via des accords de coopération ou des Décrets conjoints, l'homogénéité des prestations soit préservée, en particulier pour les entités entre lesquelles une forte mobilité des personnes est observée.

02. Le gestionnaire

Un organisme faitier, créé conjointement par l'ensemble des entités fédérées le souhaitant, assurerait une gestion globale de la totalité des budgets couvrant les compétences transférées provenant de la sécurité sociale, c'est-à-dire non seulement les nouvelles compétences transférées lors de la sixième réforme de l'Etat, mais également certaines compétences antérieures comme, par exemple, la politique des personnes handicapées et les politiques de prévention en santé.

L'organisme faitier, que nous proposons d'appeler « organisme fédéré de protection sociale », serait le réceptacle unique de l'ensemble des budgets consacrés par les entités fédérées pour couvrir le financement des compétences concernées. Il reviendrait à son comité de gestion de répartir ces budgets entre les différents opérateurs en fonction des priorités. L'organisme faitier assurerait ainsi une solidarité à la fois entre les entités fédérées et entre les différentes branches de protection sociale fédérées.

Une représentation paritaire des partenaires sociaux serait assurée au sein du comité de gestion de cet organisme. Le comité de gestion disposerait d'un droit d'initiative.

03. Le régulateur

Les politiques développées dans les différentes compétences transférées sont organisées par un organisme régulateur. Celui-ci détermine la manière dont les décisions décrétales ou réglementaires sont mises en œuvre, permet de s'assurer que les objectifs sont remplis et que les missions sont correctement exécutées. Il s'agit par exemple des services régionaux de l'emploi (FOREM, ACTIRIS, VDAB – qui cumulent toutefois la mission de régulation et d'opérateur) ou d'un organisme à créer pour les allocations familiales ou les soins de santé.

04. Les opérateurs

Des opérateurs distincts (OIP spécifiques, caisses d'allocations familiales, mutualités, etc.) seraient en charge de chacune des branches de la sécurité sociale fédérée. A ce niveau, lorsque cela se justifie, ces opérateurs peuvent être distingués par entités fédérées. Parmi ces opérateurs, on retrouverait donc des opérateurs actuels de compétences appelées à être transférées (dont notamment les mutualités ou les caisses d'allocations familiales), mais également des OIP régionaux ou communautaires actuels comme l'AWIPH, PHARE et le VAPH, ou encore le FOREM, ACTIRIS et le VDAB.

Le fait de confier la mise en œuvre concrète des politiques menées à des opérateurs (les caisses d'allocations familiales ou les mutuelles en matière de soins de santé) permet de recourir à des acteurs existants plutôt que de recréer des nouveaux outils. Cela permet également de profiter de l'expertise qu'ils ont développée, et de respecter le principe de subsidiarité entre le rôle de l'Etat et celui des acteurs extérieurs. On favorise également une certaine émulation favorisant un meilleur service pour le citoyen.

Les prestations dont bénéficieront les citoyens seront susceptibles d'être différenciées en fonction de leur région de domicile et des choix politiques posés par les entités compétentes.

05. Le financement

La loi de financement assure à chaque entité des dotations devant lui permettre de financer l'exercice des compétences transférées. L'acte de création de l'organisme faitier prévoirait le financement de celui-ci via des dotations en provenance des entités fédérées sur base de l'estimation des besoins faite par la Banque nationale dans le cadre de la réforme de la loi de financements et des enveloppes historiques couvrant les besoins des dépenses de sécurité sociale déjà aujourd'hui défédéralisées, ainsi que le mode d'évolution de ces dotations. En cas de modification par une entité fédérée de sa politique dans une de ces compétences, le surcoût éventuel généré par le changement de politique devrait être couvert par l'entité concernée via un financement complémentaire de l'organisme faitier.

06. Transition

Dans une période transitoire, voire à plus long terme, il devrait être possible, contre rémunération, d'utiliser les administrations fédérales existantes pour l'exécution des politiques des entités fédérées.

Toutes nos publications sont disponibles :

- en *téléchargement* :

. depuis l'adresse internet du CPCP dans la rubrique " Publications " :

<http://www.cpcp.be/etudes-et-prospectives>

. depuis l'adresse internet du CEPESSE dans la rubrique " Publications " :

<http://www.cepess.be/>

- en *version papier*, vous pouvez les consulter dans notre centre de documentation situé :

Rue des Deux Eglises, 41/45 – 1000 Bruxelles

Tél. : cpcp - 02/238 01 00 / cepess - 02/238 01 43

Mail : info@cpcp.be / info@cepess.be



Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation



Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales

**Rue des Deux Eglises 41-45 – 1000 Bruxelles
Tél. : 02/238 01 00**