

Assurance autonomie : *à qui profite le crime ?*

En 2070, 39 % des Belges auront plus de 67 ans, contre 26 % aujourd'hui, et le nombre d'octogénaires doublera. Eurostat situant l'espérance de vie en bonne santé à un peu moins de 64 ans¹, le vieillissement de la population va donc se traduire par un besoin accru en soins et services à la personne. L'offre doit être améliorée, renforcée, repensée. C'est dans cette optique que gouvernement wallon a voté l'avant-projet de l'assurance autonomie, le 21 juin 2018.

Signature : Najoua Batis, chargée de projet

L'assurance autonomie, c'est quoi ? C'est une assurance qui couvrira les dépenses en soins de santé ambulatoire et en aide sociale. Elle sera dotée de deux branches : une aide sous forme de services pour toute personne en perte d'autonomie, à domicile, indépendamment de son âge, et une aide financière (l'AFA, l'allocation forfaitaire autonomie) pour les plus de 65 ans, selon certains critères de revenus et indépendamment du lieu de vie (maison de repos, institution ou domicile). Ces montants se situent entre 85 et 571 euros par mois. Tout personne qui réside depuis plus de trois ans en Wallonie, en ordre de cotisations et en état de dépendance, pourra y prétendre.

Pour financer cette assurance, tout Wallon âgé de 26 ans et plus devra payer une cotisation annuelle de 36 euros (18 pour les bénéficiaires du statut BIM/OMNIO²), qui sera perçue par les organisations mutuellistes. Cette cotisation forfaitaire obligatoire pose question. Elle n'est pas basée sur les revenus de la personne qui cotise, un principe sur lequel se fonde la Sécurité sociale (niveau fédéral). L'assurance autonomie, parallèle à la Sécu, crée une rupture avec le système actuel où chacun paye selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Remarquons aussi que l'on dégage au passage le patronat de la solidarité nationale ou même régionale. A l'avenir, face à un potentiel manque de financement, faudra-t-il faire un choix entre une augmentation des cotisations forfaitaires et une diminution de l'offre de services ?

L'arbre qui cache la forêt ?

L'assurance autonomie recèle des enjeux pour les politiques de santé et, par-là, pour la Sécurité sociale. Reposons brièvement le cadre de la sixième réforme de l'État. Le système politique belge s'est construit autour de différents clivages (gauche/droite, Flamands/Francophones, chrétiens/laïques...). « Cette complexité explique et se nourrit par l'attitude des acteurs, qui tentent en permanence de construire des arrangements ou compromis visant à réguler ces clivages, ce qui a pour conséquence que le plus souvent le changement s'opère davantage par des réformes longues et complexes que par des ruptures radicales. »³

- 1970, première réforme : création des communautés.
- 1980, deuxième réforme : création de la Région wallonne et de la Région flamande.

¹ Eurostat, « Healthy life years », <https://ec.europa.eu>

² Une exemption de cotisation a par ailleurs été prévue pour les personnes les plus précarisées (sans-abri, personnes en règlement collectif de dettes, bénéficiant du revenu d'intégration sociale ou de la Garantie de revenus aux personnes âgées).

³ P. Pochet et P. Reman, « La sécurité sociale en Belgique : entre régionalisation et européanisation », *Lien social et Politiques* n°56, 2006.

- 1988-1989, troisième réforme : création de la Région de Bruxelles-Capitale, nouveaux transferts de compétences aux communautés et régions, création des mécanismes actuels de financement des communautés et régions.
- 1993, quatrième réforme, accords de la Saint-Michel : refinancement des entités fédérées, nouveaux transferts de compétences aux communautés et régions ; accords de la Saint-Quentin (transfert de compétences entre la Communauté française et la Région wallonne et la Commission communautaire française-Cocof).
- 1999, accords de la Saint-Éloi : refinancement et modifications des mécanismes de financement des entités fédérées.
- 2001, cinquième réforme, accords du Lambermont : accroissement de l'autonomie fiscale des régions, transfert de nouvelles compétences aux régions et communautés, refinancement des communautés.

De réforme en réforme, régions et communautés se sont vu transférer un certain nombre de compétences. Le problème est que chaque réforme apporte « *une perte d'efficacité des politiques sociales liée au partage des compétences entre l'État fédéral et les entités fédérées* »⁴, alors que ces transferts sont supposés contribuer à la mise en place de politiques plus cohérentes. Pire, cela conduit à « *l'utilisation de marges de manœuvre internes propres à chaque région/communauté pour maximiser les possibilités d'autonomie* »⁵.

En matière de soins de santé, après la sixième réforme de l'État, les compétences transférées sont la politique hospitalière, les matières en lien avec les personnes âgées, les soins de santé de longue durée, les soins de santé mentale, la politique de prévention/dépistage, l'organisation des soins de santé de première ligne, la reconnaissance et l'enregistrement des professionnels en soins de santé, l'aide à la mobilité, l'allocation d'aide aux personnes âgées. Ce transfert des compétences pose une double question : financière et politique. En entraînant le transfert des compétences de l'Etat fédéral vers les entités fédérées, c'est 15% du budget de l'Inami⁶ qui y passe. Par ailleurs, « *le transfert des compétences relatives aux soins de santé et à l'aide aux personnes handicapées s'élève à plus de 5 milliards d'euros, dont 2,9 milliards consacrés aux institutions pour personnes âgées* ». ⁷ Mais est-ce suffisant pour mettre en œuvre les nouvelles compétences des entités fédérées ? Cela ne risque-t-il pas de créer des différences de traitement entre les citoyens suivant leur lieu de résidence ? En principe, l'Autorité fédérale garantit l'égalité d'accès aux soins de santé remboursés, mais « *on ne voit pas comment concrètement la tutelle fédérale pourra assurer le principe de la solidarité interpersonnelle sur des matières communautarisées qui ne relèvent plus de sa compétence* ». ⁸ En outre, les budgets du curatif et du préventif se trouvent dispatchés à des niveaux de pouvoir différents.

L'assurance autonomie n'est pas qu'une simple assurance : elle vient ouvrir le débat sur la cohérence des politiques de santé, sur la défédéralisation des soins de santé et sur l'autonomie grandissante des régions. Autonomie qui vient elle-même interroger la solidarité que l'État fédéral assure via la Sécurité sociale.

Un couperet ?

D'avantage que les cinq qui l'ont précédées, la sixième réforme de l'État fragmente, fractionne et fragilise encore plus la Sécurité sociale. Si la Constitution de 1980 la protège d'une certaine

⁴ Op cit.

⁵ Op cit.

⁶ L. D'Altoe, *Sixième réforme de l'Etat : enjeux et défis*, CEPAG, 2015. www.cepag.be.

⁷ P. Hannes, cité par P. Gillain, *La communautarisation et la régionalisation des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées suite à la sixième réforme de l'Etat et leurs conséquences sur la population*. Faculté de droit et de criminologie, UCL, 2016. Prom. : P. Vielle.

⁸ P. Gillain, op cit.

manière en décrétant qu'elle relève de l'Autorité fédérale, au niveau des communautés et des régions le flou persiste. Et c'est là que le bât blesse : la prise en charge de la dépendance est-elle une matière personnalisable ? Le débat autour de la notion des matières personnalisables a débuté lorsque le gouvernement flamand, par le décret du 30 mars 1989⁹, a donné un coup de pied dans la Sécurité sociale en instaurant la *vlaamse zorgverzekering*, l'assurance dépendance, grande sœur de l'assurance autonomie wallonne. En théorie, la Constitution belge limite la possibilité pour les régions et les communautés de mener des politiques à leur niveau en ce qui concerne des matières fédérales. La question était alors : de quel niveau de pouvoir relève la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ? Le gouvernement de la Communauté française a introduit divers recours auprès de la Cour d'arbitrage sur la légitimité de cette *vlaamse zorgverzekering*. Et celle-ci a tranché¹⁰, plusieurs fois, en statuant que les communautés peuvent organiser la prise en charge des frais encourus par l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. Il s'agit bien, selon elle, d'une compétence des communautés. Outre le fait de créer une caisse d'assurance propre aux Flamands, la *vlaamse zorgverzekering* vient également dénaturer à Bruxelles le mécanisme de base pour une réelle solidarité, à savoir l'affiliation obligatoire. En Région bruxelloise, l'adhésion à cette assurance dépendance se fait sur base volontaire, au même titre d'une assurance privée¹¹. Les enjeux autour des matières personnalisables ne relèvent pas uniquement de concept et de discussions juridiques...

On peut aussi se demander si les 500 millions d'euros que coûte l'assurance autonomie ne paraît pas dérisoire compte tenu des enjeux pour la Sécurité sociale. A se demander si on est pas « face à un test grandeur nature de ce que pourrait être une défédéralisation des soins de santé »¹².

⁹ P. Palsterman, « Défédéraliser la sécurité sociale », *Courrier hebdomadaire du CRISP* n° 1899, 2005/34.

¹⁰ P. Piret, « Assurance soins : la Flandre dans son droit », *La Libre*, 13 mars 2001.

¹¹ P. Palsterman, « Défédéraliser la sécurité sociale », *Courrier hebdomadaire du CRISP* n° 1899, 2005/34.

¹² D. Grimberghs, « La saga de l'assurance dépendance » *La Revue nouvelle* n°6, juin 2002.