

LES TRANSFERTS DE COMPETENCES INTRA-FRANCOPHONES EN MATIERE SOCIALE CONSECUTIFS A LA SIXIEME REFORME DE L'ETAT*

PAR **MATHIEU DEKLEERMAKER** ET LAURIE LOSSEAU*****

** avocat et collaborateur scientifique à l'Université libre de Bruxelles

*** doctorante à l'Université Saint-Louis – Bruxelles

INTRODUCTION

La communautarisation de certains aspects de la sécurité sociale fait partie des revendications émises de longue date par une majorité du monde politique flamand¹. La sixième réforme de l'Etat y a fait en partie droit, en transférant aux communautés non seulement une branche entière de la sécurité sociale, à savoir les « prestations familiales »², mais aussi certains aspects de l'assurance maladie-invalidité et des allocations aux personnes handicapées³.

De leur côté, les partis francophones de la majorité institutionnelle qui a négocié la sixième réforme de l'Etat (PS, MR, cdH et Ecolo) se sont rapidement accordés, aux termes des accords dits de la « Sainte-Emilie »⁴, pour gérer cet ensemble de compétences nouvelles sur une base « régionale ». Leur projet était le suivant : il s'agissait

* Les auteurs de la présente contribution ont participé, sous la direction des professeurs Christian Behrendt (ULg), Hugues Dumont (USL-B), Marc Uyttendaele (ULB) et Marc Verdussen (UCL), à la rédaction des textes juridiques ici commentés, à savoir les décrets de transferts et l'accord de coopération conclu sur la base de ceux-ci.

(1) Voir les résolutions adoptées par le parlement flamand le 3 mars 1999 et le commentaire qu'en a fait G. Pagano, Les résolutions du parlement flamand pour une réforme de l'Etat, *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 1670-1671, 83 pp., 2000). Voir également X. Delgrange et H. Dumont, Bruxelles et l'hypothèse de la défédéralisation de la sécurité sociale, in P. Cattoir et al. (éds.), *Autonomie, solidarité et coopération. Quelques enjeux du fédéralisme belge au 21^{ème} siècle/Autonomie, solidariteit en samenwerking. Enkele belangen van het Belgisch federalisme in de 21ste eeuw*, Bruxelles, Larcier, pp. 256-260, 2002 et P. Palsterman, Défédéraliser la sécurité sociale ?, *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 1899, p. 5, 2005.

(2) Les prestations familiales comprennent les allocations familiales au sens strict, les allocations de naissance et les primes d'adoption (voir *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 5-2232/4, pp. 5-6). A ce sujet, voir la contribution de Valérie Flohimont et Jean-François Neven dans le présent numéro.

(3) A ce sujet, voir la contribution de Jeroen Van Nieuwenhove dans ce numéro.

(4) L'accord est intitulé « Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales » (ci-après : le « projet commun »). Il est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.ufenm.be/IMG/pdf/Projet_commun_19-09-2013_.pdf.

de décharger aussi vite que possible⁵ la Communauté française de ses nouvelles compétences relatives aux aspects communautarisés de la sécurité sociale et d'organiser la gestion paritaire de ces compétences au sein de deux organismes d'intérêt public (O.I.P.) distincts : l'un wallon, l'autre bruxellois. Au terme d'une nouvelle application de l'article 138 de la Constitution⁶, la plus grande partie des compétences communautarisées n'a fait que transiter dans le giron de la Communauté française pour être immédiatement confiée à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (COCOF), respectivement appelées à exercer leurs compétences dans les limites du territoire de la région de langue française et du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Parallèlement, divers mécanismes ont été imaginés en vue de favoriser, en dépit de ce transfert de compétences, la convergence des politiques menées en Wallonie et à Bruxelles.

Si le mécanisme prévu par l'article 138 de la Constitution implique nécessairement que les compétences transférées par la Communauté française échoient à la Région wallonne, d'une part, et à la COCOF, d'autre part, il convient de préciser d'emblée qu'à Bruxelles, ce n'est en réalité pas la COCOF mais la Commission communautaire commune (COCOM) qui est appelée à devenir l'acteur central dans les matières visées par cet accord politique intrafrancophone. Tel était du moins le souhait des quatre partis signataires des accords de la Sainte-Émilie. Aussi avaient-ils prévu que le futur O.I.P. bruxellois ne dépendrait pas de la COCOF mais de la COCOM. L'adhésion des représentants flamands de la COCOM était donc indispensable pour mettre en œuvre le volet de l'accord intrafrancophone qui prévoyait la gestion paritaire des compétences transférées au sein d'un nouvel O.I.P. dépendant de cette collectivité⁷. Néanmoins, afin d'éviter toute période de « flottement » au cours de

(5) Plus précisément, avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2014, de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat, *M.B.*, 31 janvier 2014.

(6) Cette disposition avait déjà été mobilisée de manière similaire à l'issue de la quatrième réforme de l'Etat, en 1993-1994. Pour rappel, l'article 138 de la Constitution prévoit que le parlement de la Communauté française, d'une part, et le parlement de la Région wallonne et le groupe linguistique français du parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, d'autre part, peuvent décider de commun accord et chacun par décret, que le parlement et le gouvernement de la Région wallonne, dans la région de langue française, et le groupe linguistique français du parlement de la Région de Bruxelles-Capitale et son collègue, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, exercent, en tout ou en partie, des compétences de la Communauté française. Voir, au sujet de ce mécanisme, B. Blero et F. Delcor, Les transferts de compétence de la Communauté à la Région, in *Les réformes institutionnelles de 1993. Vers un fédéralisme achevé ?*, Bruxelles, Bruylant, pp. 71-100, 1994 ; R. Born, H. Dumont, G. Van der Stichele, La Communauté française dans le fédéralisme coopératif belge, *Autonomie, solidarité et coopération*, *op. cit.*, pp. 433-465 ; H. Dumont, La dualité Communauté française-Région wallonne : sens ou non-sens ?, *Administration publique*, pp. 247-255, 1994 ; F. Tulkens, La Communauté française : recépage ou dépeçage ?, in F. Delpérée (éd.), *La Constitution fédérale du 5 mai 1993*, Bruxelles, Bruylant, pp. 109-117, 1993 ; M. Uytendaele, Fédéralisme régional ou fédéralisme communautaire ?, *La Constitution fédérale du 5 mai 1993*, *op. cit.*, pp. 119-123.

(7) En ce sens, X. Delgrange et M. El Berhoumi, Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression, in P.-O. de Broux, B. Lombaert et D. Yernault (éds.), *Le droit bruxellois. Un bilan après 25 ans d'application (1989-2014)*, Bruxelles, Bruylant, 2015, à paraître.

laquelle la Communauté française aurait eu à gérer les nouvelles compétences transférées sans disposer d'une administration compétente pour ce faire, il a fallu procéder vite. Trop vite d'ailleurs pour inviter la COCOM à la table des négociations. Mais en définitive, ce manque de tact ne s'est pas avéré rédhibitoire : les partis flamands de la nouvelle majorité bruxelloise, issue des élections du 25 mai 2014, se sont en effet ralliés au modèle de gestion paritaire des compétences communautarisées proposé par les francophones⁸.

La présente contribution a pour objet, en premier lieu, de décrire les transferts de compétences en matière de sécurité sociale qui ont été réalisés au sein de l'espace « Wallonie-Bruxelles » dans le prolongement de la sixième réforme de l'Etat, en attachant une attention particulière au sort réservé à Bruxelles (1.). Il s'agira ensuite de s'intéresser au mode concret de gestion de ces compétences envisagé tant en Wallonie qu'à Bruxelles (2.). Enfin, nous commenterons le dispositif esquissé par les accords de la Sainte-Emilie afin de rapprocher les politiques menées de part et d'autre (3.). Au fil de notre contribution, nous veillerons à mettre en évidence les obstacles auxquels certains éléments de l'accord politique intrafrancophone se sont heurtés et se heurtent toujours.

Alors que le législateur spécial a formellement transféré les compétences liées à la sécurité sociale aux communautés, l'analyse qui suit permettra de faire état d'une montée en puissance très nette du fait régional dans les matières sociales au sein de l'espace « Wallonie-Bruxelles ».

1. UN REAMENAGEMENT DES COMPETENCES DANS L'ESPACE « WALLONIE-BRUXELLES »

La concrétisation du modèle francophone de gestion des compétences de santé, d'aide aux personnes et de prestations familiales esquissé dans les accords de la Sainte-Emilie impliquait, dans un premier temps, que la Communauté française transfère à la Région wallonne et à la COCOF l'essentiel des compétences qui lui furent attribuées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat⁹. A cet effet, trois décrets de

(8) Déclaration du collège réuni de la Commission communautaire commune, *Doc. parl.*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 2014, n° B-1, pp. 2 et 3.

(9) Rappelons que, depuis 1994, la Région wallonne et la COCOF exerçaient déjà l'essentiel des compétences de la Communauté française dans les matières de la santé et de l'aide aux personnes. Voir, à ce sujet, les références citées à la note infrapaginale n° 6.

« transfert » – un par entité fédérée concernée – ont été adoptés en avril 2014¹⁰ (1.1.). A Bruxelles, toutefois, ce n'est en définitive pas, on l'a dit, la COCOF qui exercera l'ensemble des compétences transférées, puisque les partis politiques francophones signataires des accords de la Sainte-Emilie ont voulu recentrer ces compétences dans le giron de la COCOM, de laquelle dépendra le futur O.I.P. bruxellois (1.2.). Ce choix s'explique notamment par le défaut structurel de moyens accordés à la COCOF, en raison duquel celle-ci aurait été bien en peine de pourvoir au financement des nouvelles compétences.

1.1. LES TRANSFERTS DE COMPETENCES DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE A LA REGION WALLONNE ET A LA COCOF

a) Parmi les nouvelles compétences de la Communauté française, ont été intégralement transférées, à la Région wallonne et, pour ce qui concerne la région bilingue, à la COCOF, les compétences relatives aux institutions de soins de santé mentale autres que les hôpitaux¹¹, aux institutions pour personnes âgées¹² et aux services spécialisés isolés de revalidation et de traitement. La Région wallonne et la COCOF sont désormais pleinement compétentes pour la programmation, l'agrément et le financement forfaitaire – jusqu'alors pris en charge par l'assurance maladie-invalidité fédérale par le biais de conventions¹³ – de ces institutions¹⁴. La Région wallonne et la COCOF deviennent également compétentes pour un ensemble de dispositifs

(10) Décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 25 juin 2014 ; décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 25 juin 2014 ; décret wallon du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 12 mai 2014 (ci-après : les « décrets de transfert »).

(11) A savoir les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les plate-formes de soins de santé mentale. À l'égard des hôpitaux psychiatriques, les compétences respectives de la Région wallonne et de la COCOF sont limitées par les compétences réservées à l'autorité fédérale (loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, art. 5, §1^{er}, 1^o, a) à d)).

(12) A savoir les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour, les maisons de repos et de soins, les centres de court séjour et les services de gériatrie isolés (destinés à la revalidation de patients gériatriques).

(13) Voir notamment la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.*, 27 août 1994, art. 47.

(14) En revanche, le remboursement des prestations de soins individuelles dispensées au sein de ces institutions reste de la compétence de l'autorité fédérale (voir J. Ludmer, Les nouvelles compétences des communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables : et si l'accord papillon leur donnait des ailes ?, in J. Sautois et M. Uyttendaele (éds.), *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013)*. *Tournant historique ou soubresaut ordinaire* ?, Bruxelles, Anthemis, pp. 404-405, 2014). Ce critère de répartition des compétences entre l'autorité fédérale et les entités fédérées a pour conséquence qu'une même prestation de kinésithérapie sera tantôt à charge de l'autorité fédérale, lorsqu'elle est dispensée dans une maison de repos pour personnes âgées et rémunérée sur la base de la nomenclature, tantôt à charge des entités fédérées, lorsqu'elle est dispensée dans une maison de repos et de soins et comprise dans le financement forfaitaire de cette institution (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/5, p. 237).

relatifs à l'organisation des soins de santé de première ligne et au soutien aux professions des soins de santé de première ligne¹⁵, à savoir les règles relatives aux cercles des médecins généralistes, au Fonds Impulseo pour la médecine générale¹⁶, aux réseaux locaux multidisciplinaires et aux services intégrés de soins à domicile. L'allocation d'aide aux personnes âgées handicapées (APA) et certaines aides à la mobilité, qui étaient jusqu'alors octroyées par l'assurance maladie-invalidité, ont également été transférées.

b) D'autres compétences nouvellement attribuées à la Communauté française dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat n'ont été transférées que partiellement à la Région wallonne et à la COCOF.

Dans le cadre de la politique hospitalière, la Communauté française reste ainsi compétente à l'égard des hôpitaux universitaires¹⁷. Ce n'est qu'à l'égard des hôpitaux qui ne répondent pas à cette définition que la Région wallonne et la COCOF peuvent exercer les nouvelles compétences, à savoir la définition des normes d'agrément ainsi que le financement de l'infrastructure hospitalière et des services médico-techniques. Dans le chef de la COCOF, l'importance de ce nouveau transfert est relative, puisque la compétence de cette entité est limitée aux hôpitaux non universitaires bruxellois qui relèvent du secteur unicommunautaire francophone¹⁸. Or, la plupart des hôpitaux bruxellois relèvent actuellement du secteur bicommunautaire et sont, par conséquent, gérés par la COCOM¹⁹.

(15) Par « organisation des soins de santé de première ligne et soutien des métiers de la santé de première ligne », on entend l'encadrement infrastructurel et organisationnel du niveau de soins de santé en dehors des hôpitaux aigus où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même (voy. *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 39-40). Voir, à ce sujet, J. Ludmer, Les nouvelles compétences des communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables, *op. cit.*, pp. 405-406.

(16) Il s'agit d'un Fonds créé par l'autorité fédérale afin d'octroyer une aide financière visant à favoriser l'installation de médecins généralistes (par exemple, en encourageant l'installation de médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires, en octroyant un soutien financier pour l'employé(e) qui assiste le regroupement de médecins généralistes dans l'accueil et la gestion de la pratique,...).

(17) Art. 3, 6°, a) des décrets de transfert. Selon les travaux préparatoires des décrets de transfert, il faut entendre par « hôpitaux universitaires » le Centre hospitalier de l'Université de Liège, les Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwé-Saint-Lambert, l'Hôpital Erasme à Anderlecht, le Centre hospitalier universitaire de Mont-Godinne à Yvoir et les services médico-techniques de l'Institut Bordet à Bruxelles. Seuls les trois premiers hôpitaux sont « universitaires » au sens de l'article 4 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008. Or, la détermination des conditions et la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux sont une compétence fédérale (voir le nouvel article 5, §1^{er}, 1°, d) de la loi spéciale de réformes institutionnelles).

(18) Actuellement, trois hôpitaux répondent à ces critères : le Centre de traumatologie et de réadaptation Bruggmann, l'hôpital psychiatrique de jour pour adolescents « L'équipe – Centre de réadaptation psycho-sociale » et l'hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents « Parhélie ». Voir www.cocof.irisnet.be/nos-competences/sante/nos-competences/sante/hopitaux.

(19) Pour la liste des hôpitaux actuellement agréés par la COCOM, voir www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agrees/politique-de-la-sante/politique-de-la-sante.

A également été transférée, au profit des deux entités, la politique dite de long term care²⁰, mais sous réserve des conventions conclues avec les hôpitaux universitaires, qui demeurent de la compétence de la Communauté française²¹. La Région wallonne, la COCOF et la Communauté française, chacune dans leur domaine de compétence respectif, se substituent désormais à l'INAMI dans une série de conventions de rééducation fonctionnelle (appelées également « conventions de revalidation »), qui ont pour objet de fixer la part d'intervention de l'INAMI dans le prix des prestations de santé²².

S'agissant de la politique préventive en matière de santé, les décrets de transfert ont redistribué les compétences entre la Communauté française – jusqu'alors pleinement compétente –, la Région wallonne et la COCOF. Ces deux dernières entités ont reçu une compétence de principe pour la prévention sanitaire. Mais par exception, la Communauté française conserve une compétence limitée aux aspects de la prévention qui sont en lien avec la matière de l'enseignement et la politique de la petite enfance²³, à savoir les activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants, ainsi que ce qui relève des missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance²⁴.

La compétence relative au contingentement et à l'agrément des professions de la santé – dans le respect des normes adoptées en la matière par l'autorité fédérale – échappe quant à elle aux transferts et demeure dans le giron de la Communauté française²⁵.

c) Enfin, les accords de la Sainte-Emilie prévoyaient encore le transfert de la compétence relative aux prestations familiales. Toutefois, cette compétence ne pouvait être traitée de la même manière que les compétences relatives à la santé et à l'aide

(20) La politique de revalidation *long term care*, visée par le nouvel article 5, §1er, I, 5°, de la loi spéciale de réformes institutionnelles, comprend « les soins non aigus et post aigus dispensés de façon multidisciplinaire dans le cadre des interactions parents-enfants, dans le cadre des troubles mentaux, sensoriels ou d'assuétude, de la voix et de la parole, d'infirmité motrice d'origine cérébrale, pour les enfants atteints d'affections respiratoires et neurologiques, quel que soit l'établissement où ces soins sont dispensés, ainsi que les soins non aigus ou post-aigus dispensés de façon multidisciplinaire en dehors des hôpitaux généraux, universitaires et hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales exclusivement pour enfants ou en rapport avec les tumeurs, dans le cadre de troubles moteurs » (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 37).

(21) Art. 3, 6°, b) des décrets de transfert. Pour la liste des conventions concernées, voir *Doc. parl.*, Communauté française, 2013-2014, n° 587/1, p. 10.

(22) Voir V. De Greef, Les structures pour personnes âgées et la sixième réforme de l'Etat : *homes sweet homes ?*, in J. Sautois et M. Uyttendaele (éds.), *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013)*, op. cit., pp. 438-439. Pour une énumération des conventions de revalidation concernées, voir *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 37-39.

(23) Art. 3, 6°, e), des décrets de transfert.

(24) Pour le détail de ces exceptions, voir *Doc. parl.*, Communauté française, 2013-2014, n° 587/1, p. 11.

(25) Art. 3, 6°, d), des décrets de transfert.

aux personnes. Compte tenu en effet de la compétence exclusive que le législateur fédéral spécial a attribuée à la COCOM en région bruxelloise²⁶, le transfert de la compétence relative aux prestations familiales a été réalisé de manière asymétrique : la Région wallonne seule s'en est vu confier l'exercice au détriment de la Communauté française.

* * *

Les nouveaux décrets de transfert ont ainsi redistribué les compétences entre la Communauté française, la Région wallonne et la COCOF. Si la Communauté française a transféré l'essentiel des compétences qui lui ont été attribuées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, elle conserve néanmoins certains aspects de la politique de la santé et de l'aide aux personnes²⁷. On peut observer que ces quelques exceptions sont guidées par le souci de recentrer les compétences de la Communauté française sur les matières culturelles, l'enseignement et la politique de l'enfance.

1.2. LE CHOIX DE LA LOGIQUE BICOMMUNAUTAIRE A BRUXELLES

A l'exception du cas des prestations familiales que l'on vient d'évoquer, la COCOF est bénéficiaire des transferts de compétences de la Communauté française au même titre que la Région wallonne. Néanmoins, l'accord intrafrancophone a prévu de ne pas s'arrêter là.

La difficulté qui se pose à Bruxelles réside en ce que la COCOF ne peut exercer ses compétences qu'à l'égard des institutions qui, en raison de leur organisation, se rattachent exclusivement à la Communauté française²⁸. La COCOM est, quant à elle, compétente à l'égard des institutions qui n'ont pas fait le choix de se rattacher à l'une ou l'autre communauté, ainsi qu'à l'égard des personnes directement²⁹. Depuis la sixième réforme de l'Etat, la COCOM dispose en outre, on l'a rappelé, de la compétence de régler les prestations familiales à Bruxelles, à l'exclusion des Communautés flamande et française. Enfin et surtout, cette entité fédérée a reçu, pour Bruxelles, l'essentiel des moyens afférant aux nouvelles compétences communautaires dans les matières de la santé et de l'aide aux personnes, soit celles qui étaient jusqu'alors financées par l'INAMI³⁰. Cette solution s'est imposée dès lors qu'il était impossible de trouver un critère objectif pour répartir ces moyens financiers à Bruxelles entre les Communautés française et flamande et la COCOM, tout en évitant l'instauration

(26) Article 63, al. 2 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *M.B.*, 14 janvier 1989, inséré par la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat.

(27) Pour rappel, il s'agit des hôpitaux universitaires et des conventions de revalidation conclues avec ces hôpitaux, du volet préventif de la politique de la santé pour autant qu'il concerne la « jeunesse », et du contingentement des professions des soins de santé.

(28) Elle exerce en effet ses compétences à Bruxelles dans les mêmes limites que la Communauté française (art. 128, §2 de la Constitution).

(29) Art. 135 de la Constitution et art. 63 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises.

(30) Pour un excellent exposé des moyens financiers attribués à la COCOM dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, voir X. Delgrange et M. El Berhoumi, Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression, *op. cit.*

de sous-nationalités³¹.

Le transfert à la COCOM de la matière des prestations familiales ainsi que de la quasi-intégralité des moyens financiers nécessaires pour exercer les nouvelles compétences communautaires a conduit les francophones à remettre en question le rôle de la COCOF dans les politiques de santé et d'aide aux personnes et à défendre plutôt une « COCOMisation » de ces matières. Les accords de la Sainte-Emilie expriment clairement cette orientation : « En ce qui concerne l'organisation de la première ligne, le dépistage, le plan national nutrition et santé et le fonds assuétudes, les partis francophones s'accordent pour plaider auprès de leurs homologues néerlandophones pour un exercice de ces compétences au niveau de la COCOM, afin de favoriser l'homogénéité des politiques menées à Bruxelles et les économies d'échelle. De même, afin d'aboutir à une plus grande cohérence des politiques liées au handicap au bénéfice des citoyens et d'associer les partenaires du secteur à la gestion de l'ensemble de ces politiques, une réflexion sera entamée pour que l'organisme d'intérêt public de la COCOM [santé/personnes âgées/personnes handicapées] puisse également prendre en charge les compétences actuelles de PHARE (compétences de la COCOF en matière de handicap) ». Ce déplacement du centre de gravité vers la COCOM est justifié dans les accords par la volonté de « développer autant que possible des structures «miroirs» en Wallonie et à Bruxelles ». Autrement dit, les quatre partis francophones négociateurs de l'accord institutionnel veulent faire de la COCOM l'équivalent à Bruxelles de la Région wallonne s'agissant des matières personnalisables, et ainsi sortir de la logique de superposition, sur le territoire bruxellois, des initiatives de la COCOF, de la Communauté française et de la COCOM. Ils invitent également la Communauté flamande à renoncer à l'exercice de certaines compétences au profit de la COCOM.

Afin de concrétiser la « COCOMisation » du secteur de la santé et de l'aide aux personnes, les accords de la Sainte-Emilie énoncent, au détour d'une discrète note de bas de page, que « les institutions concernées par les transferts actuellement agréées par la COCOF sont dès à présent incitées à opter pour un agrément COCOM »³². Ce mécanisme de « basculement » des institutions unicommunautaires

(31) C'est-à-dire l'enfermement des Bruxellois dans un système d'appartenance exclusive à l'une ou à l'autre Communauté. Voir à ce sujet H. Dumont, M. El Berhoumi et I. Hachez (éds.), *La sixième réforme de l'Etat : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis ?*, Bruxelles, Larcier, coll. « Les dossiers du *Journal des tribunaux* », 2015, à paraître.

(32) Projet commun, p. 7. Pour un commentaire de cette discrète note de bas de page de l'accord politique intrafrancophone, voir à nouveau X. Delgrange et M. El Berhoumi, *Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression*, *op. cit.* Voir également M. Kaiser et E. Gourdin, *Les établissements pour personnes âgées en région de Bruxelles-Capitale*, in P.-O. de Broux, B. Lombaert et D. Yernault (éds.), *Le droit bruxellois*, *op. cit.* Les institutions concernées sont essentiellement les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres de revalidation liés par des conventions de revalidation transférées, et les habitations protégées. Malgré que la possibilité de basculement, accompagnée d'un transfert de moyens financiers, ne soit en principe pas ouverte aux institutions du secteur des soins de santé de première ligne (voir la note infrapaginale suivante), deux institutions de ce secteur (un service intégré de soins à domicile et un réseau local multidisciplinaire) ont été invitées à basculer, en raison de leur financement par le biais d'une convention INAMI.

vers le régime bicommunautaire trouve son assise légale dans la nouvelle mouture de la loi spéciale de financement. Celle-ci prévoit que les institutions unicommunautaires bruxelloises – tant francophones que flamandes – concernées par les transferts de compétences³³ peuvent décider de renoncer à leur appartenance exclusive à l'une des deux communautés pour dépendre dorénavant de la COCOM. Si ce choix est opéré avant le 31 décembre 2015, les moyens financiers afférents à ces institutions sont transférés de la Communauté flamande et de la COCOF à la COCOM³⁴. Ce transfert est automatique dans l'hypothèse où l'institution aurait informé la communauté concernée et la COCOM de la modification de son statut avant le 1er janvier 2015. Entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2015, l'effectivité du « basculement » vers le régime bicommunautaire est subordonnée à l'accord du gouvernement de la communauté concernée et du collège réuni de la COCOM.

L'enjeu pour ces institutions consiste donc à stabiliser leur financement. En effet, contrairement à la COCOM, et pour les raisons que nous avons déjà relevées³⁵, la Communauté flamande et la COCOF ne bénéficient pas de moyens structurels pour financer, à Bruxelles, les aspects de la sécurité sociale qui ont été défédéralisés dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat³⁶.

Pour ce qui concerne les institutions unicommunautaires francophones, les modalités pratiques d'organisation du basculement ont été prévues dans un protocole d'accord conclu le 20 novembre 2014 entre le collège de la COCOF et le collège réuni de la COCOM³⁷. Ce protocole contient l'engagement du collège réuni de la COCOM de procéder aux adaptations légales et réglementaires nécessaires pour garantir la

(33) Plus précisément, les matières visées à l'article 5, § 1^{er}, I, al. 1^{er}, 2^o à 5^o de la loi spéciale de réformes institutionnelles, tel que modifié par la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat, à savoir : la politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux ; la politique de dispense de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés ; la politique de dispense de soins dans les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement ; et la politique de revalidation *long term care*.

(34) Article 48/1, §1^{er}, al. 2 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, *M.B.*, 17 janvier 1989, inséré par la loi spéciale du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences.

(35) Voir *supra* quant à l'impossibilité de trouver un critère objectif pour répartir les dotations liées au financement des nouvelles compétences communautaires, compte tenu de la volonté d'éviter l'instauration de sous-nationalités à Bruxelles.

(36) En vertu de certaines dispositions de la loi spéciale de financement dans le détail desquelles nous n'entrerons pas ici, les moyens dont disposent actuellement la Communauté flamande et la COCOF pour financer ces compétences ne seront pas indexés durant les dix prochaines années et tendront vers zéro durant les dix années suivantes. Pour plus de détails à ce sujet, voir notamment M. El Berhoumi, L. Losseau et S. Van Drooghenbroeck, *Vers une Belgique à quatre ? Les compétences communautaires à Bruxelles après la sixième réforme de l'Etat*, in E. Vandenbossche (éd.), *De Brusselse instellingen anno 2014. Bron van nieuwe institutionele ontwikkelingen/Les institutions bruxelloises en 2014. Sources de nouvelles évolutions institutionnelles*, Bruges, La Chartre, 2015, à paraître.

(37) Protocole d'accord entre le collège de la Commission communautaire française et le collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale concernant le basculement d'établissements établis dans la Région de Bruxelles-Capitale, non publié.

sécurité juridique des institutions qui décideront de renoncer, avant le 31 décembre 2014, à leur appartenance exclusive à l'une ou l'autre communauté pour solliciter un agrément bicommunautaire. Il contient également une garantie de « standstill juridique et financier ». Cette garantie consiste notamment en l'instauration d'une période transitoire, s'étendant jusqu'au 31 décembre 2017, durant laquelle les institutions déjà agréées par la COCOF et qui décideraient de basculer pourront conserver cet agrément. Le protocole d'accord prévoit enfin que le « bilinguisme « externe » des institutions [qui basculent] sera réclaté sans tendre vers un durcissement des conditions d'agrément et de contrôle quant à l'emploi des langues ». Le bilinguisme externe consisterait à garantir la communication publique dans les deux langues et la communication individuelle dans la langue de l'intéressé³⁸.

A la suite de la conclusion de ce protocole, le collège de la COCOF et le collège réuni de la COCOM ont adressé aux institutions concernées un courrier les invitant à basculer vers le régime bicommunautaire avant le 31 décembre 2014, afin qu'elles puissent bénéficier du transfert automatique des moyens financiers ainsi que des garanties prévues par le protocole. La plupart de ces institutions francophones ont ainsi opté, dans le courant du mois de décembre 2014, pour le basculement vers la COCOM³⁹. A titre d'illustration, on relèvera que le secteur des maisons de repos unicommunautaires francophones devrait passer d'une cinquantaine d'institutions à seulement quatre établissements⁴⁰.

On l'a dit, les institutions qui n'ont pas opté pour le basculement pourront encore changer de statut communautaire entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2015 mais, dans ce cas, elles devront obtenir l'accord conjoint du collège de la COCOF

(38) Accord de gouvernement, *Doc. parl.*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 2014, n° B-1/1, p. 14. La notion de « bilinguisme externe » n'est pas consacrée comme telle dans les lois coordonnées sur l'emploi des langues en matière administrative. La doctrine en fait cependant usage pour désigner le régime linguistique applicable aux services locaux des communes de Rhode-Saint-Genèse et Wezembeek-Oppem. Dans ces deux communes, les lois coordonnées n'imposent pas le bilinguisme individuel des agents. Toutefois, l'obligation prévue concernant l'usage de la seconde langue implique qu'au moins un ou plusieurs membres du personnel aient une connaissance de cette deuxième langue. A ce sujet, voir G. Desolre, Le Conseil d'Etat et le bilinguisme externe des services, prévu par les lois coordonnées sur l'emploi des langues en matière administrative. Une interprétation téléologique, *Journal des tribunaux*, pp. 2-3, 2001 ; F. Gosselet, *L'emploi des langues en matière administrative*, Bruxelles, Kluwer, p. 134, 2003. Pour un commentaire critique du protocole d'accord en ce qu'il prétend que l'obligation de bilinguisme externe dans le chef des institutions bicommunautaires trouve son fondement dans un avis du Conseil d'Etat n° 46.473/VR/3 des 12 mai et 2 juin 2009, voir M. El Berhoumi, L. Losseau et S. Van Drooghenbroeck, Vers une Belgique à quatre ? Les compétences communautaires à Bruxelles après la sixième réforme de l'Etat, *op. cit.*

(39) Au sujet des nombreuses difficultés administratives et organisationnelles engendrées par le basculement, M. El Berhoumi, L. Losseau et S. Van Drooghenbroeck, Vers une Belgique à quatre ? Les compétences communautaires à Bruxelles après la sixième réforme de l'Etat, *op. cit.*

(40) Selon les dernières informations en date communiquées à ce sujet : voir C.R., parlement francophone bruxellois, 2014-2015, n° 9, 16 janvier 2015, p. 9. Ce chiffre a été confirmé début février 2015 (voir *La Libre Belgique*, 3 février 2015, p. 8).

et du collège réuni de la COCOM pour que le basculement soit accompagné d'un transfert de moyens financiers⁴¹.

On précisera néanmoins que l'attribution de ces moyens financiers à la COCOM ne prive pas les Communautés flamande et française (ou la COCOF, pour ce qui concerne les compétences transférées) de la possibilité d'intervenir dans ces matières. Les développements de la loi spéciale modificative de la loi spéciale de financement prévoient à cet égard que « l'attribution ou non de moyens financiers et leur répartition n'influence aucunement la répartition des compétences entre l'Etat fédéral et les communautés, les régions et les commissions communautaires telle que réglée par ou en vertu de la Constitution⁴². Par conséquent, l'absence d'attribution de moyens financiers ne signifie pas qu'une entité ne puisse pas exercer les compétences »⁴³. Ceci explique, d'une part, l'absence d'un protocole d'accord équivalent entre la COCOM et la Communauté flamande et, d'autre part, le fait que cette dernière puisse continuer d'investir ces matières à Bruxelles – exerçant les compétences qui lui appartiennent en vertu de l'article 128, §2 de la Constitution à l'égard des institutions qui, en raison de leur organisation, se rattachent exclusivement à la Communauté flamande – alors que la COCOF, dont les moyens financiers sont bien plus limités, a fait le choix de renoncer à exercer certaines de ses compétences.

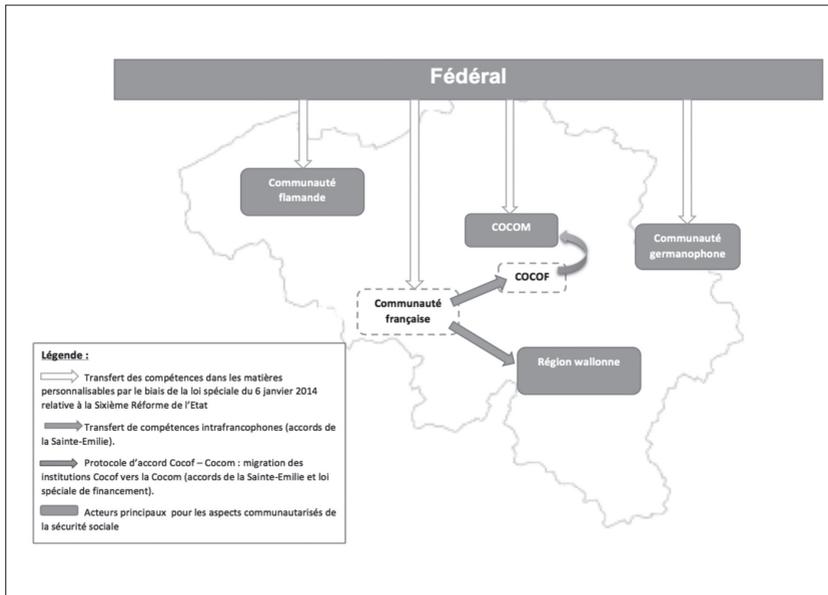
Le recentrage des compétences dans le giron de la COCOM présente toutefois des avantages, du moins du point de vue des tenants d'une solution « régionale ». Outre qu'elle permet, on l'a déjà relevé, de ne pas enfermer les Bruxellois dans un système d'appartenance exclusive à l'une ou l'autre Communauté, cette solution « renforce [...] la solidarité intra-bruxelloise et donne la garantie d'un régime de prestations commun à tous les Bruxellois »⁴⁴.

(41) Les modalités d'un changement de statut qui interviendrait en 2015 restent encore à définir, dès lors que le protocole du 20 novembre 2014 ne visait que les institutions qui ont décidé de migrer vers la COCOM avant le 31 décembre 2014.

(42) Voir proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'Etat, *Doc. parl.* Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1.

(43) Proposition de loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences, *Doc. parl.*, Chambre, 2012-13, n° 53 2974/001, p. 5.

(44) Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale, avis d'initiative du 21 novembre 2013, « Propositions en vue d'une gestion intégrée des matières transférées à Bruxelles dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat et en vue d'une gestion paritaire des O.I.P. », p. 5, www.ces.irisnet.be/avis/avis-du-conseil-par-date/2013/a-2013-064-ces/view.



2. LA CREATION D'UN O.I.P. WALLON ET D'UN O.I.P. BRUXELLOIS

S'agissant du mode de gestion des compétences transférées, les partis francophones signataires des accords de la Sainte-Emilie se sont prononcés en faveur d'un système de gestion par les partenaires sociaux et les stakeholders concernés, plutôt que de confier ces nouvelles compétences à l'administration. Ces accords prévoient, en effet, la création de deux « O.I.P. santé/personnes âgées/personnes handicapées », l'un dépendant de la Région wallonne, l'autre de la COCOM⁴⁵. Au sein des organes de gestion de ces O.I.P., seront associés les acteurs des secteurs concernés (dont les mutualités), d'une part, et les interlocuteurs sociaux interprofessionnels, d'autre part⁴⁶.

Les accords prévoient encore que ces deux O.I.P. seront appelés à exercer, respectivement, non seulement les compétences nouvelles de la Région wallonne et de la COCOM, mais également des compétences que celles-ci exerçaient déjà avant la sixième réforme de l'Etat. Ils « absorberont » donc les services administratifs actuellement compétents en région française et à Bruxelles.

Du côté wallon, les travaux relatifs à la mise en place de l'O.I.P. avaient été entamés sous la législature précédente (2009-2014) au sein du cabinet de la ministre Til-

(45) Projet commun, pp. 7 et 8.

(46) *Idem*.

lieux (PS), alors en charge de la Santé et de l'Action sociale. Il semble que le projet s'orientait vers la création d'une « super administration » sociale wallonne, constituée au départ de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH), dont les compétences auraient été étendues à d'autres matières que le handicap. Suite aux élections du 25 mai 2014, le dossier a été repris par le cabinet du ministre Prévot (cdH), notamment responsable de la Santé et de l'Action sociale en Région wallonne. En l'absence de projet de texte instituant l'O.I.P., on se contentera de relever que le nouveau ministre a pris soin de préciser que les travaux actuellement en cours s'inscrivent dans le modèle de la gestion paritaire⁴⁷.

A Bruxelles, la création d'un O.I.P. relevant de la COCOM nécessitait que les représentants flamands au sein du collège et de l'assemblée de la Commission communautaire commune adhèrent à ce mode de gestion. Au lendemain des élections régionales de 2014, les partis politiques flamands de la nouvelle majorité bruxelloise (CD&V, Open Vld et sp.a) ont donné leur aval au modèle de gestion initialement proposé par les partis francophones. La déclaration du collège réuni de la COCOM mentionne en effet la volonté commune de créer un « O.I.P. unique, destiné à assurer le respect de la gestion paritaire, consubstantielle au transfert des compétences »⁴⁸.

Cette option en faveur d'un système de gestion paritaire des compétences transférées a du reste été défendue par le Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale qui, dès novembre 2013, a rendu un avis d'initiative aux termes duquel il relevait les avantages d'un tel système. De son point de vue, « les interlocuteurs sociaux sont des acteurs crédibles dans la recherche de l'intérêt général des Bruxellois, quelle que soit leur appartenance communautaire. Leur mode de structuration, bicommunautaire et transrégional, permet de mener le dialogue social au-delà des clivages entre francophones et néerlandophones ainsi qu'entre Régions bruxelloise, flamande et wallonne »⁴⁹.

D'après les sources d'information disponibles, le futur O.I.P. bruxellois devrait se dénommer « Iriscare ». « Associant les syndicats, les représentants d'employeurs, les organismes assureurs (mutuelles) et des 'représentants des prestataires de soin' (qui ne sont pas vraiment définis dans le texte) », l'O.I.P. serait composé – sur le modèle de l'INAMI – d'un comité de gestion général qui chapeauterait l'ensem-

(47) Réponse du ministre Prévot à la question orale de M. Daele sur la mise en œuvre de l'organisme d'intérêt public « santé – personnes âgées et/ou handicapées » devant la commission des Travaux publics, de l'action sociale et de la santé du parlement wallon, lors de la séance du 30 septembre 2014, *C.R.*, parlement wallon, 2014-2015, n° 5, p. 10.

(48) Déclaration du collège réuni de la Commission communautaire commune, *Doc. parl.*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 2014, n° B-1, p. 3.

(49) Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale, avis d'initiative du 21 novembre 2013, précité.

ble de la structure, d'un conseil de gestion des soins de santé, et de commissions dotées de compétences plus spécifiques dans les matières autres que les soins de santé qui relèveront de la compétence de cet organisme⁵⁰. Les matières gérées par l'O.I.P. devraient être « les allocations familiales, la prise en charge des personnes dépendantes (maisons de repos et maisons de repos et de soin, allocation d'aide aux personnes âgées, centres de soins de jour notamment), une partie de la politique hospitalière (les infrastructures notamment), un certain nombre de conventions de mobilité fonctionnelle et de revalidation, une partie de la santé mentale (initiatives d'habitations protégées, services de santé mentale...), une partie de la prévention et du dépistage, le soutien de la première ligne et l'organisation des soins (Impulseo, cercles des médecins généralistes, fonds assuétude...) »⁵¹.

Compte tenu de l'état d'avancement des travaux, tant à Bruxelles qu'en Wallonie, la mise en place effective de ces deux O.I.P. ne devrait pas intervenir avant le début de l'année 2016.

3. LE RAPPROCHEMENT DES POLITIQUES MENEES EN WALLONIE ET A BRUXELLES

En attribuant à la Région wallonne et à la COCOF l'exercice de certaines compétences initialement dévolues à la Communauté française par le législateur spécial, les décrets de transfert octroient aux deux premières entités fédérées une pleine autonomie pour modifier tout ou partie de la législation et de la réglementation actuellement en vigueur dans ces matières. Ainsi, par exemple, un francophone habitant à Bruxelles pourrait se voir appliquer une politique de santé tout à fait différente de celle qui sera mise en place en Wallonie, et inversement.

Afin de limiter les risques de divergence dans les politiques menées en Wallonie et à Bruxelles, les quatre partis politiques francophones signataires des accords de la Sainte-Emilie ont posé les jalons d'un système de gestion dit « solidaire » de ces compétences. Parallèlement à l'adoption des décrets de transfert, les trois entités fédérées concernées ont en effet conclu, le 27 février 2014, un accord de coopération-cadre « relatif à la concertation intrafrancophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières »⁵². Cet accord a pour but de modaliser l'exercice des compétences transférées : il s'agit de maintenir, au sein de l'espace francophone, une convergence dans le contenu des politiques menées dans

(50) www.alterechos.be/fil-infos/social-sante-a-bruxelles-ou-en-est-loip (dernière consultation le 31 mars 2015).

(51) *Idem*.

(52) Accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relatif à la concertation intrafrancophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières, approuvé par la Commission communautaire française (décret du 27 février 2014, *M.B.*, 25 juin 2014), la Communauté française (décret du 3 avril 2014, *M.B.*, 25 juin 2014) et la Région wallonne (décret du 11 avril 2014, *M.B.*, 19 mai 2014).

les matières de la santé et de l'aide aux personnes. Cette volonté politique était, en apparence du moins, à ce point importante que l'entrée en vigueur des décrets de transfert a été conditionnée à celle de l'accord de coopération⁵³.

Trois dispositifs ont été prévus afin d'assurer la convergence des politiques menées en Wallonie et à Bruxelles : l'établissement d'une liste de « principes communs » qui doivent guider les collectivités compétentes dans l'élaboration des politiques (3.1.), la mise sur pied d'une structure de concertation entre ces collectivités (3.2.) et enfin un dispositif destiné à préserver la libre circulation des citoyens dans l'espace « Wallonie-Bruxelles » (3.3.).

3.1. L'ETABLISSEMENT D'UNE LISTE DE « PRINCIPES COMMUNS »

Dans cette logique de convergence, l'accord de coopération impose à la Communauté française, à la Région wallonne et à la COCOF d'exercer leurs compétences respectives en matière de soins de santé et d'aide aux personnes en respectant une série de « principes communs »⁵⁴, parmi lesquels on retrouve la liberté de circulation des acteurs et usagers, la gestion paritaire des compétences et l'implication des *stakeholders*, ainsi que la recherche d'un alignement entre les politiques menées en Wallonie et à Bruxelles.

Ces principes ont été rédigés de manière volontairement large afin de laisser aux collectivités fédérées francophones une importante marge de manœuvre. En effet, les accords de la Sainte-Emilie n'entendent pas aller jusqu'à imposer à ces collectivités

(53) Voir l'art. 16 des décrets de transfert et l'art. 21 de l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014.

(54) Ces principes communs sont les suivants :

- solidarité entre les personnes et entre les générations sur la base la plus large ;
- accès le plus large et le plus similaire possible aux prestations pour tous les citoyens (accès financier, socioculturel et géographique) ;
- libre choix et liberté de circulation des acteurs et usagers ;
- implication des interlocuteurs sociaux, des acteurs et des usagers ;
- responsabilisation des acteurs et institutions et liberté thérapeutique ;
- cohérence et transversalité de la politique de santé, des aînés et des personnes handicapées ;
- qualité des prestations, développement de l'offre en fonction des besoins et recherche de complémentarités dans l'offre de soins (offre de proximité, spécialisation de pointe, ...) présente sur les différentes entités, y compris pour ce qui concerne les conventions de revalidation ;
- recherche de l'homogénéité maximale entre les politiques développées en Wallonie et à Bruxelles, via la concertation entre les différentes entités préalable à toute décision en ces matières, y compris pour les conditions de travail des professionnels des secteurs concernés, pour faciliter la vie des bénéficiaires concernés ; ainsi que via, notamment, chaque fois que possible ;
- l'adoption de normes d'agrément et de règles de tarification similaires ;
- la reconnaissance des mêmes opérateurs (dont les mutualités) ;
- reconnaissance des mêmes partenaires de gestion de ces compétences dans les différentes entités ;
- la création de mécanismes d'échange d'informations et de facturation ;
- recherche de l'articulation optimale avec la politique fédérale et la sécurité sociale.

féderées de mettre en place des politiques strictement identiques. L'autonomie décisionnelle de la Communauté française, de la Région wallonne et de la COCOF est seulement encadrée afin d'éviter, pour l'avenir, l'adoption de politiques divergentes voire concurrentes, et par conséquent nuisibles aux bénéficiaires et aux prestataires des secteurs des soins de santé et de l'aide aux personnes.

Le non-respect des principes communs par l'une des entités fédérées concernées n'entraînera du reste aucune sanction. Le bon fonctionnement de l'ensemble du système repose donc en grande partie sur la bonne volonté de chacune des collectivités fédérées impliquées, mais également sur la création d'une « structure trait d'union », à savoir un lieu de concertation dont la saisine sera obligatoire avant toute prise de décision dans les matières des soins de santé et de l'aide aux personnes.

3.2. LA CREATION D'UNE STRUCTURE « TRAIT D'UNION »

Afin de veiller à l'application effective des principes communs décrits ci-dessus, les partis politiques francophones ont voulu créer un lieu de dialogue et de concertation entre les ministres des différents gouvernements, d'une part, et entre les gouvernements et les principaux acteurs du secteur des soins de santé et de l'aide aux personnes, d'autre part. Ainsi, l'accord de coopération-cadre précité prévoit que lorsque la Communauté française, la Région wallonne et la COCOF projettent l'adoption d'un décret ou d'un arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes, elles devront respecter l'une des procédures de concertation instituées par l'accord, de même que préalablement à toute « concertation sociale relative au secteur non marchand ».

Aux termes de l'accord, les missions assignées à cette structure de concertation sont les suivantes : assurer la convergence des politiques menées sur le territoire de la région de langue française et celui de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, améliorer la gestion de ces mêmes compétences et veiller à l'application effective des principes communs.

Cette structure comportera un comité ministériel rassemblant des ministres des exécutifs des collectivités fédérées concernées, chargé de se réunir de façon régulière. Elle comprendra également un organe de concertation composé de représentants des partenaires associés à la gestion des compétences concernées.

A l'heure où nous rédigeons ces lignes, il est difficile d'être plus précis quant au fonctionnement de cette structure. L'accord de coopération-cadre, bien que décrivant dans le détail certains pans de la procédure de concertation (en imposant des délais relativement stricts, par exemple), reste imprécis sur la composition même des orga-

nes⁵⁵. La mise en œuvre effective de la concertation intrafrancophone s'avère donc pour l'instant impossible, alors qu'elle avait vocation à s'appliquer depuis le 1^{er} juillet 2014, date de l'entrée en vigueur des transferts de compétences. A défaut d'accords de coopération complémentaires qui viendraient en préciser la composition exacte ainsi que le fonctionnement, cette nouvelle structure de concertation risque de connaître le même sort que le désormais défunt « Comité francophone de coordination des politiques sociales et de santé », dont la création avait été prévue par les premiers décrets de transfert de 1993 mais qui n'a jamais vu le jour⁵⁶.

3.3. L'ADOPTION D'UN « PACTE DE SIMPLIFICATION » DE LA VIE DES CITOYENS

L'exercice des compétences transférées devrait conduire à une multiplication des services administratifs et des organismes publics compétents dans le secteur des soins de santé et de l'aide aux personnes, chacune des collectivités fédérées compétente devant mettre en place de nouveaux services et institutions *ad hoc*. Or, il n'est pas rare qu'une personne décide de se rendre dans une autre région que la sienne afin de bénéficier d'une meilleure offre. Par exemple, un habitant de la Région wallonne pourrait venir se faire opérer ou consulter un spécialiste à Bruxelles tandis qu'un Bruxellois peut très bien emménager dans une maison de repos située en Wallonie. La multiplication des interlocuteurs administratifs due aux transferts de compétences risque d'entraver cette mobilité interne.

Pour remédier à cette difficulté, les accords de la Sainte-Emilie prévoient également la conclusion d'un « pacte de simplification » de la vie des citoyens, sous la forme d'un ou plusieurs accords de coopération. L'idée est de permettre à toute personne domiciliée sur le territoire de la région de langue française de bénéficier de prestations en région bruxelloise en conservant le même interlocuteur administratif, et inversement pour toute personne domiciliée à Bruxelles⁵⁷.

Ce pacte de simplification ne pourra toutefois pas être conclu tant que les deux O.I.P. n'auront pas été créés. Ces deux O.I.P. seront précisément les interlocuteurs administratifs des Wallons et des Bruxellois dans les matières de la santé et pour les compétences liées aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

(55) Cette difficulté avait été soulevée par la section de législation du Conseil d'Etat dans son avis rendu sur les projets de décrets portant assentiment à l'accord de coopération-cadre : *Doc. parl.*, parlement wallon, 2013-2014, n° 1021/1, p. 6.

(56) Voir à ce sujet la réponse de M. Rudy Demotte, ministre-président de la Communauté française, à la question orale posée par Mme Caroline Persoons lors de la séance de la commission des Relations internationales et des questions européennes, des affaires générales, des hôpitaux universitaires, des professions des soins de santé et du règlement, de l'informatique, du contrôle des communications des membres du gouvernement et des dépenses électorales du parlement de la Communauté française du 16 décembre 2014 : *C.R.*, parlement de la Communauté française, 2014-2015, n° 44-RI6, p. 8.

(57) Projet commun, p. 6.

*
* *
*

Lors des débats de la commission spéciale du parlement de la Région wallonne relative à la mise en œuvre de la sixième réforme de l'Etat, Rudy Demotte, alors ministre-président wallon, a affirmé qu'« aujourd'hui, par le décret que portent, d'une même voix, les quatre partis partenaires de la sixième réforme, c'est véritablement notre conception du fédéralisme que nous affirmons. Une conception qu'on a d'abord portée au niveau fédéral en refusant un modèle qui aurait été limité aux seules communautés »⁵⁸. L'option régionaliste qui ressort des accords de la Sainte-Emilie ne fait aucun doute. Les partis francophones signataires ont en effet poursuivi le dépeçage de la Communauté française en confiant l'essentiel des nouvelles compétences personnalisables à la Région wallonne, d'une part, et à la COCOF, d'autre part.

Au Sud du pays, cette solution permet d'attribuer les compétences transférées à une entité fédérée dotée de l'autonomie fiscale et donc capable d'en assurer le financement⁵⁹. A Bruxelles, en revanche, la COCOF est dépourvue d'une telle capacité de financement. En outre, la dotation dont elle bénéficie ne suffirait pas à lui permettre d'exercer l'ensemble des compétences dont elle dispose potentiellement dans les matières de la santé et de l'aide aux personnes en vertu des décrets de transfert. C'est la raison pour laquelle les auteurs du projet intrafrancophone ont prévu de concentrer nombre des nouvelles compétences personnalisables dans le giron de la COCOM, laquelle a reçu l'essentiel des moyens afférant à l'exercice de ces compétences.

Cette logique régionale n'est toutefois pas assumée jusqu'au bout. Les partis signataires des accords de la Sainte-Emilie ont en effet assorti les transferts de compétences d'un dispositif de coopération intrafrancophone. A défaut de solidarité institutionnelle incarnée par la Communauté française, c'est la voie conventionnelle qui a été retenue pour assurer une certaine convergence entre les politiques menées en Wallonie et à Bruxelles⁶⁰. Mais force est de constater que les responsables politiques

(58) Discussion générale du projet de décret portant assentiment à l'accord de coopération-cadre entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relative à la concertation intrafrancophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières devant la commission spéciale du parlement wallon relative à la mise en œuvre de la sixième réforme de l'Etat : C.R., parlement wallon, 2013-2014, n° 116, p. 9.

(59) En ce sens, X. Delgrange, La défédéralisation de la sécurité sociale, en quête de cohérence ou saut dans l'inconnu ?, *Administration publique*, p. 10, 2013.

(60) A propos des réactions courroucées que ce dispositif a suscitées du côté flamand, voir J. Lievens, Brussel volgens de Zesde Staatshervorming: *formidabel of fort minabel?*, in A. Alen e.a. (éds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, die Keure, pp. 296-297, 2014. L'auteur fait état de ce que la Communauté flamande a le sentiment d'être dépossédée de certaines compétences à Bruxelles en raison de la logique régionale promue dans l'accord intrafrancophone, et que ces compétences sont en outre « annexées » par la « Fédération Wallonie-Bruxelles ».

wallons et bruxellois francophones ne semblent pas pressés d'actionner ce dispositif coopératif.

La logique régionale promue par les accords de la Sainte-Emilie se heurte également à la réticence de la Communauté flamande d'abandonner certaines compétences sur le territoire de la région bilingue. Si la COCOM est de plus en plus présentée à Bruxelles comme l'acteur incontournable dans les domaines de la santé et de l'aide aux personnes, il ne faut pas perdre de vue qu'en attribuant à la COCOM l'essentiel des moyens destinés à financer les nouvelles compétences, le législateur spécial n'a pas pour autant confié à cette entité bicommunautaire une compétence matérielle exclusive dans ces domaines. Le seul domaine où elle dispose d'une telle compétence, à l'exclusion de toute intervention des Communautés flamande et française, est celui des prestations familiales. Or, la Communauté flamande semble prête à continuer à financer, même à fonds perdus, les institutions unicommunautaires flamandes actives dans les domaines de compétences communautarisées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat – comme le lui permet du reste l'article 128, §2 de la Constitution.

Il en résulte une situation plus complexe que jamais à Bruxelles, où les politiques menées dans ces matières liées à la sécurité sociale divergeront non seulement par rapport à la Région wallonne mais aussi, au sein même de la région bilingue, selon qu'elles soient menées par la COCOM ou par la Communauté flamande.

TABLE DES MATIERES

LES TRANSFERTS DE COMPETENCES INTRAFRANCOPHONES EN MATIERE SOCIALE CONSECUTIFS A LA SIXIEME REFORME DE L'ETAT

	INTRODUCTION	445
<hr/>		
1.	UN REAMENAGEMENT DES COMPETENCES DANS L'ESPACE « WALLONIE-BRUXELLES »	447
<hr/>		
1.1.	LES TRANSFERTS DE COMPETENCES DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE A LA REGION WALLONNE ET A LA COCOF.....	448
1.2.	LE CHOIX DE LA LOGIQUE BICOMMUNAUTAIRE A BRUXELLES	451
2.	LA CREATION D'UN O.I.P. WALLON ET D'UN O.I.P. BRUXELLOIS	456
<hr/>		
3.	LE RAPPROCHEMENT DES POLITIQUES MENEES EN WALLONIE ET A BRUXELLES	458
<hr/>		
3.1.	L'ETABLISSEMENT D'UNE LISTE DE « PRINCIPES COMMUNS ».....	459
3.2.	LA CREATION D'UNE STRUCTURE « TRAIT D'UNION »	460
3.3.	L'ADOPTION D'UN « PACTE DE SIMPLIFICATION » DE LA VIE DES CITOYENS	461