

Santé : une répartition complexe des compétences

Jean Faniel

La gestion de la crise du Covid-19 a rappelé le nombre élevé de ministres dont les compétences touchent de près ou de loin à la santé. Plus largement, la complexité du découpage institutionnel dans ce domaine est suspectée d'avoir compliqué la gestion de la pandémie en Belgique. Mais pourquoi ce nombre et cette complexité ?

Voici deux ans, la presse s'interrogeait déjà : « À quoi servent les neuf “ministres de la Santé” en Belgique ? »¹ Depuis lors, la pandémie de Covid-19 a rendu la question particulièrement aiguë. Par rapport au nombre de ses habitants, la Belgique a en effet connu une mortalité très élevée durant la première vague au printemps 2020. L'automne montre que le pays est également au cœur de la deuxième vague. Par conséquent, beaucoup se demandent si le découpage très poussé des compétences entre les niveaux de pouvoir est l'un des facteurs qui expliquent la mauvaise situation sanitaire belge.

À défaut de pouvoir juger avec précision de l'impact du fédéralisme à la belge sur l'ampleur de la transmission du coronavirus et de ses ravages dans le pays, on peut au moins tenter de comprendre comment on en est arrivé à une situation où une dizaine de ministres se partagent des compétences touchant au domaine de la santé.

Une histoire ancienne

En 1993, la Belgique est officiellement devenue « un État fédéral qui se compose des Communautés et des Régions » (article 1^{er} de la Constitution). C'est là l'aboutissement d'un processus initié avec la première réforme de l'État qui, en 1970, a notamment créé trois Communautés culturelles (française, néerlandaise et, en 1973, allemande). La décennie qui a suivi a vu émerger des demandes de régionalisation effective (les Régions étant prévues, mais pas tout de suite fonctionnelles, en raison notamment du désaccord persistant sur le statut de Bruxelles) et, à la demande de forces politiques flamandes, d'accroissement des compétences des Communautés, des matières culturelles aux matières dites personnalisables (car « étroitement liées à la vie de l'individu dans sa communauté ») telles que les soins de santé, l'aide sociale et la formation professionnelle².

La deuxième réforme de l'État a, en 1980, prévu le transfert de compétences relatives à la santé de l'État central à d'autres niveaux de pouvoir. Toutefois, si la santé quittait le giron national, il n'allait pas de soi que seules les Communautés en héritent³. Si tel était

¹ A. DIVE, B. D'OTREPPE, *La Libre Belgique*, 10 août 2018.

² J. BRASSINNE, « Les matières “culturelles” + les matières “personnalisables” = les matières “communautaires” ? », *Courrier hebdomadaire*, CRISP, n° 889 et 890-891, 1980.

³ À l'occasion de la deuxième réforme de l'État, la Communauté française a perdu l'adjectif « culturelle », en raison de l'ajout de nouvelles compétences ; la Communauté culturelle néerlandaise et la Communauté

le cas, comment régler cette matière à Bruxelles, Communauté française et Communauté flamande y étant toutes deux compétentes ? En faire une compétence régionale eût modifié la donne, notamment sur le plan budgétaire. C'est finalement la piste d'une communautarisation des matières personnalisables qui a été retenue, actée dans la Constitution. Plus spécifiquement, l'article 5, § 1^{er} de la loi spéciale du 8 août 1980 a listé ces matières personnalisables. « I. En ce qui concerne la politique de santé :

1° la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception : a) de la législation organique ; b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ; c) de l'assurance maladie-invalidité ; d) des règles de base relatives à la programmation ; e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ; f) des normes nationales d'agrément (...) ; g) de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.

2° l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales ».

Cette seule énumération montre la complexité du domaine de « la santé » au sens générique, le découpage assez fin qui est d'emblée réalisé, fruit d'un consensus visiblement soupesé, la préservation du caractère national de l'assurance maladie-invalidité, et le fait que les exceptions en faveur de l'État central sont plus importantes que le principe de communautarisation des soins de santé qui est alors proclamé.

Complexités bruxelloise et francophone

Trois pouvoirs se partagent alors le terrain bruxellois (les institutions régionales ne seront créées qu'en 1989). Les décrets des Communautés française et flamande ne s'y appliquent qu'aux institutions, et pour autant qu'elles aient expressément demandé à être agréées par l'une ou par l'autre. C'est l'État central qui demeure compétent en l'absence d'une telle demande, pour les institutions bicommunautaires, ou encore pour les matières qui concernent directement les personnes et non des institutions⁴.

La troisième réforme de l'État, opérée en 1988-1989, modifie la situation bruxelloise. Les compétences de santé que les Communautés exercent en Flandre ou en Wallonie, mais qui restaient nationales dans la région bilingue, sont désormais exercées par des mandataires bruxellois puisqu'elles échoient à la Commission communautaire commune (COCOM), dont le collège réunit (à parité linguistique) les ministres (francophones et néerlandophones) qui composent désormais le gouvernement régional. De plus, les Commissions communautaires française (COCOF) et flamande (VGC en néerlandais) reçoivent dans le domaine de la santé un rôle de pouvoir organisateur, subordonné à la Communauté dont elles dépendent ; elles peuvent par exemple verser des subsides aux

culturelle allemande ont davantage changé de nom, devenant respectivement la Communauté flamande et la Communauté germanophone.

⁴ M. DONY, B. BLERO, « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *Courrier hebdomadaire*, CRISP, n° 1300-1301, 1990.

institutions monocommunitaires agréées par leur Communauté⁵. L'essentiel de la politique en matière de soins de santé reste cependant du ressort du pouvoir central.

La quatrième réforme institutionnelle ne modifie pas ce constat général. Mais elle ouvre la voie à une complexification accrue et la porte à un acteur supplémentaire. Face aux grosses difficultés budgétaires de la Communauté française, la Constitution prévoit à partir de 1993 que cette entité puisse transférer l'exercice de certaines de ses compétences à deux autres entités sans leur rétrocéder la totalité du budget accompagnant les matières visées : à la COCOF, pour les institutions francophones situées à Bruxelles, et à la Région wallonne, pour les institutions et les personnes, sauf pour la partie de son territoire située en région de langue allemande.

Ces matières sont définies⁶ entre francophones, avec à nouveau des exceptions. La Communauté française conserve en particulier ce qui touche à l'enfance ou aux institutions d'enseignement, hôpitaux universitaires compris. Les autres centres de soins qui relevaient jusque-là de cette Communauté sont désormais de la compétence de la COCOF et de la Région wallonne. De même que les maisons de repos (francophones), qui relèvent quant à elles de l'aide aux personnes et non de la politique de santé *stricto sensu*.

Qu'on ne se méprenne pas : la politique de santé n'est pas devenue une matière régionale. À Bruxelles, ce n'est pas la Région, mais bien la COCOM, la COCOF et la Communauté flamande qui sont compétentes. Et la Région wallonne ne fait qu'exercer les compétences, celles-ci ne lui sont pas attribuées par la Constitution ou la loi spéciale, selon lesquelles les matières personnalisables restent bien communautaires. Dans les faits, cependant, le personnel politique à la manœuvre à Bruxelles est celui choisi lors de l'élection du Parlement régional et la Région wallonne gère ces compétences comme elle l'entend (mais seulement pour la Wallonie francophone).

Coups d'accélérateur

Dans le monde politique flamand, on ne se pose pas de telles questions de (sous-) découpage des compétences. On veille à ce que les néerlandophones aient accès aux soins dans leur langue à Bruxelles. Et certains caressent l'idée d'un élargissement des matières personnalisables dans une perspective d'autonomie accrue pour les Communautés. Aussi, le Parlement flamand mène une vaste réflexion sur l'évolution de l'État, qui aboutit à l'adoption de cinq résolutions le 3 mars 1999. La défédéralisation de l'ensemble de la politique de la santé (du point de vue normatif, d'exécution et de financement) est ainsi demandée⁷. Les arguments avancés concernent en particulier des différences culturelles (les Flamands consulteraient d'abord leur médecin de famille, les Wallons recourraient davantage aux spécialistes) et les différences de coût qui en résultent, ainsi que la nécessité de cohérence, la communautarisation de 1980 ayant laissé des exceptions et une imbrication peu fonctionnelle, notamment à Bruxelles. Parmi les personnes auditionnées par les députés flamands, les représentants des mutualités et des syndicats,

⁵ *Ibidem*.

⁶ Voir en particulier le décret II du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (*Moniteur belge*, 10 septembre 1993), article 3.

⁷ G. PAGANO, « Les résolutions du Parlement flamand pour une réforme de l'État », *Courrier hebdomadaire*, CRISP, n° 1670-1671, 2000.

notamment, soulignent leurs vives réticences à une telle évolution, pour des raisons d'efficacité d'un système fédéral et d'attachement à la solidarité (incarnée par le caractère unitaire de la sécurité sociale). La résolution incluant la santé est adoptée par les partis de centre droit (CVP, VLD et VU), ceux de centre gauche (SP et Agalev) s'abstenant⁸. Arrivant deux ans plus tard, la cinquième réforme de l'État ne change toutefois pas la répartition des compétences en matière de santé.

Il faut attendre la sixième réforme institutionnelle (2011-2014) pour que de nouveaux transferts en matière de santé soient opérés. La demande émane notamment de la N-VA, devenue le premier parti flamand, même si elle n'approuvera finalement pas la réforme. Ces transferts sont importants, touchant au financement des soins dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins, aux soins de santé mentale, aux soins dans des services isolés de revalidation, à la revalidation *long term care* ou encore au financement de l'appareillage médical lourd⁹.

Le 19 septembre 2013, les quatre principaux partis francophones de l'époque (PS, MR, Écolo et CDH) décident que l'exercice des nouvelles compétences de santé et d'aide aux personnes revenant à la Communauté française sera en bonne partie transféré à la Région wallonne et à la COCOF, tout en mettant en place des mécanismes de concertation entre les deux entités. L'accord dit de la Sainte-Émilie prévoit notamment que les programmes de dépistage fassent partie de ce transfert, tandis que restent dans le giron de la Communauté les « compétences de santé préventive pour les enfants et adolescents (compétences de l'ONE, médecine scolaire et vaccination jusqu'à 18 ans), [le] contrôle médico-sportif et [l]es hôpitaux universitaires »¹⁰. Cet accord prévoit aussi qu'en Région bruxelloise les compétences de santé et d'aide aux personnes soient surtout exercées par la COCOM et, à cette fin, les institutions agréées par la COCOF sont invitées à « basculer » vers la COCOM¹¹. Une des conséquences de la sixième réforme institutionnelle est en effet qu'à Bruxelles une partie des compétences défédéralisées (les matières bicommunautaires et celles concernant des prestations directement versées aux citoyens sans passer par l'entremise d'institutions) vient gonfler celles de la COCOM.

9, 10, 11 ou 12 ministres compétents ?

Dans le domaine de la santé au sens large, toutes les compétences ne sont donc pas gérées à l'heure actuelle par les mêmes entités, loin de là. Quelques exemples illustrent cette géométrie variable. L'assurance maladie-invalidité demeure fédérale, de même que la désignation comme hôpital universitaire. Ces hôpitaux universitaires relèvent par contre de la compétence des Communautés flamande et française (il n'y en a pas sur le territoire germanophone) pour ce qui est des normes d'agrément, du financement de l'infrastructure hospitalière et des services médico-techniques. Les trois Communautés sont compétentes en matière de médecine préventive pour les enfants et adolescents. Deux d'entre elles

⁸ Les députés VB avaient quitté la séance pour protester contre la méthode suivie, l'unique élu francophone (UF) a voté contre la résolution.

⁹ Cf. P. PALSTERMAN, « Les aspects sociaux de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011 », *Courrier hebdomadaire*, CRISP, n° 2127-2128, 2012.

¹⁰ PS, MR, Écolo, CDH, *Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales*, s.d.

¹¹ J.-P. NASSAUX, « La Commission communautaire française (COCOF), une institution fragilisée ? », *Les @analyses du CRISP en ligne*, 19 janvier 2016, www.crisp.be.

(la flamande et la germanophone) s'occupent de dépistage, mais ce sont la COCOF et la Région wallonne qui complètent le tableau en cette matière. Outre ces deux Communautés et la Région wallonne, c'est la COCOM qui est en charge des hôpitaux non universitaires bruxellois puisqu'ils sont bicommunautaires. Pour la dispensation des soins de santé mentale en dehors des hôpitaux ou des soins aux personnes âgées dans les maisons de repos (et de soins), on retrouve les Communautés flamande et germanophone, la Région wallonne, ainsi que la COCOF et la COCOM (selon qu'un établissement est francophone ou bicommunautaire).

Au final, le décompte des ministres qui exercent des compétences en matière de santé au sens large est assez élevé. Au niveau fédéral, Frank Vandenbroucke (SP.A) est ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Dans le gouvernement flamand, Wouter Beke (CD&V) est compétent pour la Santé publique. La Santé figure dans le titre des ministres socialistes Antonios Antoniadis et Christie Morreale (gouvernements germanophone et wallon).

À Bruxelles, trois personnes se partagent cinq portefeuilles. Au sein du collège réuni de la COCOM, une néerlandophone, Elke Van den Brandt, et un francophone, Alain Maron, tous deux écologistes, sont conjointement chargés de la Santé. La première exerce la même compétence au sein du collège de la VGC – qui n'est pas une entité fédérée, mais qui dispose cependant de la qualité de pouvoir organisateur en matière de santé. Au sein du collège de la COCOF – avec là, par contre, un rôle législatif –, le second est en charge de la Santé. Mais c'est Barbara Trachte (Écolo) qui y est en charge de la Promotion de la santé.

Il n'y a pas qu'à Bruxelles que les francophones ont choisi de subdiviser les compétences touchant à la santé. Au sein du gouvernement de la Communauté française, la ministre Bénédicte Linard (Écolo) est compétente pour « la politique de santé qui relève des missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance » (ONE) et pour « les activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants », tandis qu'incombent à la ministre Valérie Glatigny (MR) les hôpitaux universitaires, les conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux universitaires, l'Académie royale de médecine, l'agrément et le contingentement des professions des soins de santé, la Société scientifique de médecine générale et le contrôle médico-sportif¹². Pour être complet, il faut ajouter que Caroline Désir (PS) est compétente pour les centres psycho-médico-sociaux (PMS).

Pas moins de dix personnes se partagent douze « casquettes » ministérielles en lien avec la santé. Mais on relèvera que pendant la gestion de la première vague de la pandémie de Covid-19, « la conférence interministérielle Santé publique (organisée par la DG Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement) a rassemblé huit ministres »¹³, B. Trachte et C. Désir n'étant pas conviées.

¹² Arrêté du 17 septembre 2019 du Gouvernement de la Communauté française fixant la répartition des compétences entre les ministres et réglant la signature des actes du Gouvernement (*Moniteur belge*, 27 septembre 2019), articles 4 et 5.

¹³ C. FALLON, A. THIRY, S. BRUNET, « Planification d'urgence et gestion de crise sanitaire. La Belgique face à la pandémie de Covid-19 », *Courrier hebdomadaire*, CRISP, n° 2453-2454, 2020.

Vers une simplification ?

Le fédéralisme belge et ses asymétries expliquent, pour l'essentiel, le découpage complexe et le nombre élevé de ministres impliqués actuellement dans la gestion de la santé au sens large. Si cette situation découle principalement d'une revendication flamande, le choix effectué par les francophones de répartir leurs compétences entre plusieurs ministres achève de faire grimper le compteur.

Ce découpage illustre une des caractéristiques du fédéralisme belge. Les compétences sont souvent assez morcelées, une matière réside rarement dans sa totalité dans les mains d'un même responsable, et de nombreux domaines sont répartis soit entre les différentes entités d'un même niveau de pouvoir (les trois Communautés, par exemple), soit même entre des niveaux de pouvoir différents (ici, entre sept ou huit¹⁴ entités de quatre niveaux de pouvoir différents). Et l'on a laissé de côté ici le rôle des provinces et des communes, pouvoirs subordonnés qui ne sont pas dotés d'une compétence législative, dont le rôle en matière de santé n'est pas du tout négligeable.

En principe, chacun devrait savoir ce qu'il a à faire dans cette organisation complexe. Les procédures de concertation mises en place démontrent toutefois que la coordination n'est pas optimale. Peu après leur sortie de charge comme ministres fédéraux, les libéraux flamands Maggie De Block, en charge de la Santé publique, et Philippe De Backer, dont la tâche a été d'approvisionner le pays en matériel de protection, ont dû concéder que les effets de la sixième réforme institutionnelle en matière de santé n'avaient pas encore été tout à fait digérés. « La dispersion des compétences a été un problème tout le temps », a reconnu l'une à propos de la gestion de la première vague de la pandémie. « Pour être plus efficace à l'avenir, il faut vraiment être mieux préparé, vraiment clarifier les responsabilités de l'un et l'autre entre les différentes entités, pour vraiment éviter de se retrouver dans une discussion presque infernale pendant des jours sur qui est compétent pour quoi », a indiqué l'autre¹⁵.

L'accord du gouvernement fédéral De Croo prévoit une septième réforme institutionnelle à l'horizon 2024. Mais on sait que les partis membres de la coalition ne convergent pas sur la direction qu'elle doit prendre, notamment en matière de santé. Dans ce domaine, ira-t-on vers une simplification ou vers une complexité encore accrue ? Et quels seront les résultats en termes de solidarité et d'efficacité ?

Cet article a été publié dans : *Santé conjugquée*, n° 93, décembre 2020, pages 33-36.

Pour citer cet article dans son édition électronique : Jean FANIEL, « Santé : une répartition complexe des compétences », *Les @analyses du CRISP en ligne*, 29 décembre 2020, www.crisp.be.

¹⁴ Selon que l'on considère uniquement les entités dotées d'un pouvoir législatif ou que l'on inclut la VGC.
¹⁵ RTBF, « Covid-19 : nos aînés abandonnés », *Investigation*, 21 octobre 2020.