

# LES NOUVELLES COMPETENCES COMMUNAUTAIRES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE ET D'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPEES

PAR **JEROEN VAN NIEUWENHOVE**

Conseiller d'Etat et collaborateur scientifique à la KU Leuven

## INTRODUCTION

La sixième réforme de l'Etat a entraîné d'importantes modifications de compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées. La répartition des compétences pour ces deux matières date de 1980 et avait donc, avant la sixième réforme de l'Etat, trente-quatre ans<sup>1</sup>. En matière de soins de santé plus particulièrement, cette répartition des compétences n'avait pas été formulée de manière extrêmement claire, et il aura fallu près de vingt ans pour qu'une clarté suffisante apparaisse dans les jurisprudences du Conseil d'Etat et de la Cour constitutionnelle quant aux principaux aspects de cette répartition des compétences qui étaient contestés et pour lesquels les travaux parlementaires n'apportaient pas de réponses décisives.

En trente-quatre ans, la vision politique en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées a aussi beaucoup évolué. Ainsi, la Communauté flamande a suivi une politique en matière de santé qui accorde plus d'importance aux soins primaires, et elle s'est efforcée de donner à ses compétences en la matière une interprétation aussi large que possible<sup>2</sup>. De son côté, l'autorité fédérale a financé, principalement par le biais de l'assurance maladie, une série d'initiatives qui étaient étroitement liées aux matières communautaires. Cette situation a bien entendu entraîné des conflits, partiellement résolus par des arrêts de la Cour constitutionnelle.

(1) Pour un aperçu de l'actuelle répartition des compétences, voir notamment M. Dony et B. Blero, La répartition des compétences en matière de politique de santé, *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 1300-1301, 66 pp., 1990 ; H. Nys, De bevoegdigheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake gezondheidsbeleid, in het bijzonder met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunst, *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, pp. 160-167, 1990 ; P. Quertainmont, *Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique*, 3<sup>me</sup> édition, Bruxelles, Kluwer, pp. 39-50, 2001 ; S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid, in G. van Haegendoren et B. Seutin (éds.), *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, Bruges, die Keure, 2001.

(2) A titre d'exemple, voir le décret du 23 mai 2003 relatif à la répartition en régions de soins et relatif à la coopération et à la programmation de structures de santé et de structures d'aide sociale, *M.B.*, 6 juin 2003, ainsi que le décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive, *M.B.*, 3 février 2004.

Du côté de la Communauté flamande, principalement, est née une demande d'élargissement des compétences communautaires en matière de soins de santé, de manière à permettre aux communautés de concrétiser leurs propres visions politiques sans commencer par devoir chercher un appui au niveau fédéral<sup>3</sup>. Cette dynamique se perpétue depuis un certain temps, et a provisoirement pris fin avec la sixième réforme de l'Etat.

En matière de soins de santé, la répartition des compétences a connu une adaptation fondamentale : les communautés ont obtenu d'importantes nouvelles compétences, surtout en matière d'hôpitaux et de divers établissements de soins de santé jusqu'ici fédéraux, ainsi qu'en matière de soins de santé primaires, même si ce qui suit permettra de démontrer que ces nouvelles compétences ne sont pas toujours décrites de manière aussi heureuse ou précise. En matière d'aide aux personnes handicapées, la modification est plus ponctuelle et porte sur les aides à la mobilité et l'allocation d'aide aux personnes âgées.

Dans cet article, nous examinons d'abord quelles sont les nouvelles compétences des communautés en matière de soins de santé (1.) et d'aide aux personnes handicapées (2.)<sup>4</sup>. Nous nous arrêtons également sur le financement de ces nouvelles compétences (3.). Nous nous penchons ensuite sur les difficultés susceptibles de découler de l'exercice des nouvelles compétences, en particulier à Bruxelles (4.).

(3) Voir la résolution concernant la mise sur pied de paquets de compétences plus cohérents dans la prochaine réforme de l'Etat adoptée le 3 mars 1999 par le Parlement flamand, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 1998-1999, n° 1342/4, point 2 : « de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen (kostencompenserende regelingen) ».

(4) Voir aussi à ce sujet V. De Greef (Maisons de repos), M. Verdussen (Personnes handicapées) et A.-S. Renson (Soins de santé), in M. Uyttendaele et M. Verdussen (éds.), *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Bruxelles, Larcier, pp. 523-546, 631-636 et 797-825, 2015 ; H. Dumont, M. El Berhoumi en I. Hachez (éds.), *La sixième réforme de l'Etat: l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis ?*, Bruxelles, Larcier, coll. « Dossiers du Journal des tribunaux », pp. 104-105, 2015 ; P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters et W. Vandenbruwaene (éds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Anvers, Intersentia, coll. « Forum federalisme », pp. 367-399, 2014, ainsi que P. Degadt, De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn. Opportuniteiten voor het werkveld, in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters et W. Vandenbruwaene (éds.), *De zesde staatshervorming, op. cit.*, pp. 401-417. Voir aussi, basé sur le texte de l'accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat, 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 ?*, Limal, Anthemis, pp. 397-410, 2013 et P. Palsterman, Les aspects sociaux de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011, *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 2121-2128, pp. 28-45, 2012. Voir enfin de manière plus générale T. Vanswevelt et F. Dewallens (éds.), *Handboek gezondheidsrecht*, vol. I, *Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Anvers, Intersentia, pp. 4-12 et 117-118, 2014.

Concernant les transferts de compétences en matière de soins de santé, le présent article inclut une version adaptée et, sur quelques points, plus élaborée d'un article paru précédemment (J. Van Nieuwenhove, De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg, in A. Alen et al. (éds.), *Het federale België na de Zesde Staatsvorming*, Bruges, die Keure, coll. « Bibliotheek grondwettelijk recht », pp. 391-412, 2014).

## 1. LA MODIFICATION DES COMPETENCES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE

La répartition des compétences en matière de soins de santé inclut plusieurs aspects, à savoir : les établissements de soins de santé (aussi dénommés « institutions de soins » dans le texte de loi) comme les hôpitaux ou les maisons de repos et de soins (1.1.) et les professions des soins de santé telles que médecins, infirmiers et dentistes (1.2.). A côté de cela, les soins de santé peuvent aussi faire l'objet d'une approche plus thématique, comme par exemple les soins de santé mentale, la politique de soins aux personnes âgées, la politique préventive de soins (1.3. et 1.4.). D'un point de vue financier, on peut également distinguer les sources financières, telles que le budget des hôpitaux ou l'assurance maladie-invalidité.

La sixième réforme de l'Etat a modifié la répartition existante des compétences pour nombre de ces aspects et thématiques. La classification du nouvel article 5, §1, I de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 (ci-dessous : « LSRI ») a été entièrement revue. L'ancien texte contenait deux grandes sous-parties, à savoir, d'une part, la politique de dispense de soins dans et à l'extérieur des institutions de soins (l'ancien article 5, §1, 1°) et, d'autre part, l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive (l'ancien article 5, §1, 2°).

La première partie est maintenue sous une forme modifiée (dans le nouvel article 5, §1, I, premier alinéa, 1°) mais cinq éléments sont désormais réglés séparément<sup>5</sup>, à savoir les soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux (2°), les institutions pour personnes âgées (3°), les services spécialisés isolés de réadaptation et de traitement (4°), la réadaptation *long term care* (5°) ainsi que les soins de santé primaires et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne (6°). Le dernier élément recoupe dans une certaine mesure le nouvel élément qui le suit, en ce qu'il concerne les professions des soins de santé (7°). Cet élément constitue, dans la loi spéciale, la première réglementation relevant de la compétence relative aux professions des soins de santé qui était jusqu'à présent entièrement résiduaire (et donc fédérale).

Les communautés sont entièrement compétentes pour les cinq éléments mentionnés ci-dessus (2° à 6°). Par conséquent, les exceptions aux compétences communautaires formulées dans le premier élément (1°) et qui étaient jadis d'application générale pour la répartition des compétences en matière de dispense de soins dans les établissements hospitaliers et en dehors de ceux-ci, ne s'appliquent plus aux cinq nouveaux éléments. La réserve de compétence fédérale relative à l'assurance maladie-invalidité, qui s'applique de manière générale comme précédemment (voir article 5, §1, I, deuxième alinéa, 1° correspondant à l'ancien article 5, §1, I, 1°, c) constitue la seule exception à ce principe.

(5) De ce fait, cette première partie ne concerne plus en pratique que les hôpitaux, ce qui inclut à la fois les hôpitaux psychiatriques et non-psychiatriques, y compris les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG).

## 1.1. LES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTE

### 1.1.1. Les soins fournis dans les établissements hospitaliers et hors de ceux-ci

#### a) Une nouvelle interprétation de la notion de « législation organique »

La compétence des communautés en matière de politique relative à la dispense de soins de santé dans les établissements hospitaliers et hors de ceux-ci est en principe très vaste, au même titre que les compétences des régions en matière de politique économique. Dans les deux cas, il existe toutefois des exceptions sous la forme de compétences qui sont réservées à l'autorité fédérale.

La « législation organique » constitue l'exception la plus importante et la plus généralement formulée à la compétence de principe des communautés. Ce concept était déjà présent dans le texte original de l'article 5, §1, I, 1<sup>o</sup>, a), et n'avait fait l'objet, à l'époque, que d'une attention marginale dans les travaux parlementaires, hormis le fait que ceux-ci mentionnaient la « législation de base » et plus précisément la loi de l'époque, celle du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux<sup>6</sup>. Quoi qu'il en soit, la notion de « législation organique » n'impliquait pas qu'il faille continuer à considérer toute la législation relative aux hôpitaux comme une compétence réservée à l'autorité fédérale<sup>7</sup>, comme l'ont confirmé ultérieurement les jurisprudences de la Cour constitutionnelle et de la section de législation du Conseil d'Etat. La Cour constitutionnelle a rejeté à juste titre une telle interprétation, purement formelle, de la notion de « législation organique » et décrit le concept comme les « règles de bases et lignes directrices de la politique hospitalière, telle qu'elles sont *notamment* contenues dans la [loi sur les hôpitaux] »<sup>8</sup>. Cette position implique logiquement que tous les aspects de la loi sur les hôpitaux ne relèvent pas de la réserve de compétence fédérale, mais d'autre part aussi que les réglementations ayant trait à d'autres établissements de soins fédéraux pourraient tomber sous le coup de cette réserve, comme l'a explicitement confirmé la Cour constitutionnelle par la suite<sup>9</sup>.

Le législateur spécial fournit cette fois plus de texte et d'explications concernant la portée de la notion de « législation organique » dans le nouvel article 5, §1, premier alinéa, 1<sup>o</sup>, a) qu'en 1980. La notion est développée de manière circonstanciée, de manière tant positive que négative<sup>10</sup>. Les travaux parlementaires exposent ainsi que les « caractéristiques de base » des hôpitaux, leurs parties constitutives (services hospitaliers, fonctions hospitalières, etc.) et leurs associations doivent « être comptées dans la législation organique ». Les « caractéristiques de base » de la gestion des

(6) *Doc. parl.*, Sénat, 1979-1980, n° 434/2, pp. 122-124.

(7) S. Vansteenkiste, *Het gezondheidsbeleid*, *op. cit.*, p. 74.

(8) Cour d'arbitrage, 15 juillet 1998, n° 83/98, B.5.4. (italiques ajoutées).

(9) Cour d'arbitrage, 31 octobre 2000, n° 108/2000, B.1.4.1.

(10) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 34-36.

hôpitaux, le statut du médecin hospitalier, les règles générales s'appliquant à la structuration des activités de soins et médicales, et les règles régissant la comptabilité, le contrôle financier et la communication des données, ainsi que les conséquences liées au non-respect des normes d'agrément, de la programmation et des dispositions de la législation organique sont mentionnés comme faisant partie de la législation organique. Ces descriptions relativement générales correspondent à l'immense majorité des dispositions de la loi sur les hôpitaux. La portée concrète de la notion de « législation organique » dépend toutefois entièrement de la question de savoir quels sont les aspects qui doivent être considérés comme des « caractéristiques de base ». La réserve de compétence est plus ou moins importante en fonction d'une interprétation large ou restreinte de ces « caractéristiques de base ». Si les « caractéristiques de base » doivent être interprétées de façon plus large, la différence entre l'ancienne et la nouvelle notion de « législation organique » n'est pas très importante. En revanche, si les « caractéristiques de base » doivent être interprétées de façon restrictive, la compétence fédérale réservée relative à la législation organique est nettement moins importante qu'auparavant.

Malheureusement, les travaux parlementaires n'apportent aucun véritable éclaircissement concernant ce point crucial, ne fût-ce qu'en citant quelques exemples de ce que l'on peut considérer ou non comme des « caractéristiques de base ». Cette question est d'autant plus pressante que les communautés ont à présent obtenu des compétences élargies en matière de normes d'agrément pour les hôpitaux.

Du point de vue linguistique, l'expression « caractéristiques de base » semble avoir une signification plus étroite que la formulation « règles de base » utilisée dans le texte précédent pour décrire les compétences réservées à l'Etat fédéral en matière de programmation et de financement, et que le nouveau texte a conservée en rapport avec la programmation. Sur cette base, on pourrait soutenir que la « législation organique » doit être interprétée de manière plus limitée que précédemment, d'autant que le terme « caractéristiques de base » n'apparaît que dans les travaux parlementaires, alors que le principe des compétences communautaires élargies, notamment en matière de norme d'agrément, repose sur le texte de la loi spéciale proprement dite. La conclusion est donc, à notre sens, que le législateur spécial doit avoir visé un certain élargissement des compétences communautaires au détriment de la compétence fédérale réservée.

L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale inclut également une liste négative des aspects qui ne sont pas repris dans la législation organique et qui relèvent donc de la compétence des communautés. L'objectif poursuivi était sans doute de créer plus de clarté, mais cet objectif n'a pas toujours été atteint. En effet, un des éléments de cette liste prévoit notamment « la fixation des conditions qui doivent être satisfaites ou la définition des matières minimales sur lesquelles les normes doivent

porter ». Le texte renvoie certainement aux compétences (élargies) des communautés en matière de normes d'agrément des hôpitaux, mais il n'explique pas pour autant comment cette compétence communautaire se rapporte au juste à la compétence fédérale relative aux « caractéristiques de base » des hôpitaux, leurs parties constitutives (services hospitaliers, fonctions hospitalières, etc.) et leurs associations.

En revanche, l'exposé des motifs mentionne expressément que « les règles relatives à la qualité des services, de l'institution et de l'organisation hospitaliers » et « la réglementation relative au contrôle de la qualité et à l'élaboration de l'évaluation de la qualité »<sup>11</sup> doivent être rangées parmi les compétences des communautés<sup>12</sup>. Cette mention semble impliquer que l'évaluation qualitative des activités médicales et infirmières<sup>13</sup> ne peut désormais plus être réglementée par l'autorité fédérale.

### **b) Les compétences communautaires élargies pour les normes d'agrément des hôpitaux**

L'ancienne réserve fédérale de compétence relative aux « normes d'agrément nationales »<sup>14</sup> qui ont des retombées sur le financement des hôpitaux via le budget des hôpitaux ou l'assurance maladie-invalidité, sur la programmation et sur le financement de l'infrastructure, a disparu. L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale précise que les communautés sont dès lors principalement responsables « pour définir les normes auxquelles les hôpitaux et les services [...], les programmes de soins, les services hospitaliers, etc. doivent répondre pour être agréés »<sup>15</sup>. L'ancienne compétence qui permettait aux communautés de fixer des normes d'agrément complémentaires dans le respect des normes de base fédérales<sup>16</sup> se trouve donc élargie à une compétence de principe pour fixer les normes d'agrément, tant qu'elle ne porte pas sur le financement de l'exploitation et sur la programmation, étant entendu que ces deux aspects sont expressément réservés à l'autorité fédérale<sup>17</sup>. Dans la mesure où les normes d'agrément doivent être rangées dans la législation organique, l'autorité

(11) Cette dernière mention est suivie par la phrase peu intelligible précisant que « les caractéristiques des soins liées au processus et au résultat (*outcome*) doivent – si nécessaire – pouvoir être intégrées dans les normes d'agrément » (*ibid.*, p. 36).

(12) *Ibid.*, p. 36.

(13) Voir les articles 20 et 25 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008 (ci-dessous : « loi sur les hôpitaux »), ainsi que l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, *M.B.*, 25 mars 1999, et l'arrêté royal du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux, *M.B.*, 4 juin 2007. Les normes d'agrément des diverses fonctions hospitalières, programmes de soins, etc. incluent elles aussi des dispositions relatives à cette évaluation (qui renvoient souvent aux arrêtés cités ci-dessus).

(14) Voir l'ancien article 5, §1, I, 1<sup>o</sup>, f) de loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *M.B.*, 15 août 1980 (ci-dessous : « LSRI »).

(15) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n<sup>o</sup> 5-2232/1, p. 28.

(16) S. Vansteenkiste, *Het gezondheidsbeleid, op. cit.*, pp. 102-105.

(17) Article 5, §1, I, 1<sup>er</sup> alinéa, 1<sup>o</sup>, b) et c), LSRI.

fédérale reste compétente, mais il s'avère au passage que la portée de la réserve de compétence fédérale est moindre qu'auparavant.

L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale inclut une énumération des règles juridiques qui relèvent désormais de la compétence de la communauté<sup>18</sup>. Cette impressionnante énumération permet de déduire qu'en matière de normes d'agrément pour les (parties des) hôpitaux, une révolution copernicienne a bel et bien eu lieu. Les normes d'agrément pour les hôpitaux (universitaires), les services hospitaliers, les fonctions hospitalières, les services médicaux et médico-techniques, les programmes de soins, les fusions, les associations et les réseaux, relèvent désormais en principe de la compétence des communautés, en ce qui concerne tant les dispositions qui y correspondent dans la loi sur les hôpitaux que leurs arrêtés d'exécution.

Reste à savoir si l'autorité fédérale se trouve de ce fait incompétente à l'égard de ces normes d'agrément. Elle reste compétente pour le financement de l'exploitation et pour les règles de base relatives à la programmation<sup>19</sup>. Sur la base de sa compétence réservée en matière de « législation organique », l'autorité fédérale a aussi conservé la compétence sur les « caractéristiques de base » des hôpitaux, leurs parties constitutives (telles que services hospitaliers, fonctions hospitalières, etc.) et leurs associations. La portée de ces compétences fédérales résiduelles est très obscure, comme l'a d'ailleurs remarqué le Conseil d'Etat dans son avis sur la proposition de loi spéciale<sup>20</sup>. En réponse à cette objection, les auteurs de la proposition ont indiqué qu'ils pensaient avoir été suffisamment loin en citant l'exposé des motifs dont nous venons d'évoquer le manque de clarté, sans aucune explication complémentaire concernant la portée des compétences fédérales réservées en matière de normes d'agrément, par exemple quant à ce qu'il faut comprendre au juste par le terme « caractéristiques de base »<sup>21</sup>. Il est regrettable que la délimitation entre compétences communautaires et fédérales n'ait pas pu être formulée de façon plus claire. Quoi qu'il en soit, le Conseil d'Etat et la Cour constitutionnelle devront à l'avenir se prononcer sur ces délimitations dans le cadre de cas concrets.

La réserve de compétence de l'autorité fédérale pour les normes d'agrément dans la mesure où elles portent sur le financement de l'exploitation et sur la programmation est moins problématique. La réserve en matière de programmation n'est en principe pas pertinente pour les normes d'agrément. Les normes d'agrément sont les condi-

(18) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 28-32.

(19) Voir la mention expresse au début de la liste évoquée plus haut : « pour autant que ces dispositions n'aient pas d'influence sur la programmation ni sur le financement des hôpitaux (hors A1 et A3) » (*ibid.*, 28).

(20) Avis du Conseil d'Etat 53.932/AV du 27 août 2013, *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, p. 18. Voir aussi la critique en commission d'un membre de la Chambre dans *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3201/4, p. 41.

(21) *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 5-2232/5, pp. 240-241.

tions auxquelles doit répondre (une partie d'un) hôpital pour être éligible pour un agrément, tandis que les critères de programmation stipulent combien (de parties) d'hôpitaux peuvent être reconnus. Les deux aspects peuvent rester relativement distincts et sont d'ailleurs en général réglementés séparément. Dans la pratique, l'absence de clarté de la réserve en matière de financement de l'exploitation est sans doute levée en grande partie par la procédure relative à la procédure introduite pour les initiatives communautaires en matière de normes d'agrément.

### **c) Les nouveaux mécanismes de contrôle fédéral pour les normes d'agrément des communautés**

Les compétences élargies des communautés en matière de normes d'agrément des hôpitaux sont soumises à la fois à un contrôle préalable et à un contrôle permanent concernant les conséquences budgétaires pour l'autorité fédérale.

Le contrôle préalable prévoit que toute initiative au niveau décentralisé<sup>22</sup> et réglementaire, qu'elle émane d'un parlementaire ou d'un gouvernement, portant sur les normes d'agrément relatives aux hôpitaux doit être communiquée à la Cour des comptes<sup>23</sup>. L'assemblée générale de la Cour des comptes doit rédiger à l'intention de l'auteur de l'initiative un rapport évaluant « les conséquences à court et à long terme sur le budget de l'autorité fédérale et de la sécurité sociale »<sup>24</sup>. La Cour des comptes doit prendre l'avis de l'INAMI et de l'administration communautaire concernée, et peut demander l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé<sup>25</sup>. Le rapport de la Cour des comptes est transmis à l'auteur de l'initiative, mais aussi au gouvernement fédéral et aux gouvernements des entités fédérées.

Le rapport de la Cour des comptes n'est pas une exigence de forme facultative. Lorsque la Cour des comptes estime que l'initiative aura un impact négatif à court ou à long terme, il y a concertation entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des entités fédérées à la demande du gouvernement fédéral ou du gouvernement fédéré concerné. Ce qui est censé se produire au juste lorsqu'une telle demande est formulée n'est pas des plus clairs. L'initiative concernée peut-elle se poursuivre, en dépit des conclusions de la Cour des comptes concernant son impact négatif ? L'interprétation semble plausible, mais il faut alors se demander quand le traitement de l'initiative peut être poursuivi ou, autrement dit, de combien de temps le gouvernement fédéral dispose pour demander une concertation. De même, la raison pour

(22) Seuls les décrets sont évoqués, alors que la procédure s'applique également aux ordonnances de la Commission communautaire commune.

(23) Article 5, §1, I, troisième au huitième alinéas, LSRI.

(24) La base constitutionnelle pour cette nouvelle tâche que le législateur spécial confie à la Cour des comptes se trouve dans le nouvel article 180, cinquième alinéa, de la Constitution.

(25) Voir les articles 259 et suivants de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *M.B.*, 31 décembre 2002.



laquelle le gouvernement fédéré concerné demanderait une concertation n'est pas claire; il ne semble pas qu'il y trouve un avantage.

Si la concertation entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des entités fédérées ne mène pas à un accord, l'accord du ministre fédéral compétent pour la santé publique est exigé, ou celui du Conseil des ministres lorsqu'un de ses membres « demande l'évocation du dossier ». Par conséquent, l'accord du ministre fédéral compétent pour la santé publique suffit, sauf si un des autres ministres fédéraux demande de débattre le dossier en Conseil des ministres. L'utilisation de la conjonction « ou » permet de déduire que l'accord du Conseil des ministres suffit, y compris si le ministre fédéral compétent pour la santé publique n'avait pas donné initialement son accord<sup>26</sup>.

Il est difficile d'interpréter la formulation de la loi spéciale qui parle de « soumettre les normes » à cet accord du ministre fédéral compétent ou du Conseil des ministres autrement que dans le sens où l'initiative concernée d'une communauté ne peut se poursuivre si cet accord n'est pas donné<sup>27</sup>. Le fait qu'une intervention législative ou réglementaire des entités fédérées soit soumise à l'accord du gouvernement fédéral ou du gouvernement fédéré compétent n'est pas neuf<sup>28</sup>, mais il est des plus inhabituels. L'explication de cette importante restriction des compétences communautaires (dans une certaine mesure même des compétences communautaires existantes, pour lesquelles cette restriction n'existait pas) réside sans doute dans la crainte qu'une politique communautaire trop généreuse n'entraîne des problèmes budgétaires fédéraux. La question est de savoir si cette crainte est fondée, et surtout s'il n'aurait pas été possible d'élaborer des mécanismes de concertation moins contraignants que l'exigence d'un accord fédéral. Même l'évaluation jurisprudentielle du principe de proportionnalité pourrait peut-être suffire si la prodigalité d'une communauté était source de problèmes pour l'autorité fédérale. Enfin, l'autorité fédérale est en grande partie compétente pour le financement de l'exploitation des hôpitaux et pour l'assurance maladie-invalidité, de sorte qu'elle dispose des instruments nécessaires pour éviter les déboires budgétaires.

D'autre part, on peut se demander pourquoi un avis approfondi similaire n'est pas demandé à deux ou trois instances (Cour des comptes, INAMI et éventuellement Centre fédéral d'expertise des soins de santé) pour les initiatives fédérales relatives aux hôpitaux, qui peuvent avoir des conséquences budgétaires tout aussi indési-

(26) Ceci présuppose cependant que le ministre fédéral compétent pour la santé publique se soumette à un consensus en ce sens en Conseil des ministres.

(27) La grande importance de cet accord est aussi exprimée par le fait que si la Cour des comptes ne parvient pas à émettre un rapport dans un délai de trois mois, la procédure de concertation politique (jusqu'à son terme consistant en l'exigence d'un accord au niveau fédéral) peut reprendre (article 5, §1, I, huitième alinéa, LSRI).

(28) Voir par exemple article 11, deuxième alinéa de la LSRI.

rables. Pour ces initiatives, la procédure de contrôle budgétaire ordinaire semble suffire, ce que l'on ne peut pas selon nous qualifier de réglementation équilibrée.

La manière dont cette procédure doit être intégrée dans le processus décisionnel des entités fédérées n'est pas claire non plus. Les termes « avant-projet de décret » permettent de déduire que cette procédure doit être suivie avant qu'un projet de décret puisse être soumis au parlement concerné, mais les choses sont moins claires pour les propositions et les amendements. On peut à tout le moins supposer qu'un vote final des textes concernés doive être reporté jusqu'à ce que la procédure ait été menée à bonne fin. Dans ce cadre, on peut regretter que les initiatives parlementaires soient à nouveau liées à une procédure au niveau gouvernemental<sup>29</sup>. Qui plus est, le fait que cette procédure doive aussi être respectée pour les arrêtés d'exécution des textes décrétaux pour lesquels la procédure a déjà été suivie n'est pas clair.

Le critère que la Cour des comptes doit utiliser dans son rapport manque lui aussi de clarté. La Cour doit vérifier si l'adoption de la réglementation concernée « a un impact négatif à court ou à long terme sur le budget de l'autorité fédérale et de la sécurité sociale ». Il s'agit d'un critère très large qu'il est facile de satisfaire : il suffit qu'une (modification d'une) norme d'agrément proposée soit plus souple que ce qui existe, ou que l'agrément de nouvelles formes de soins dans les hôpitaux soit rendu possible, pour qu'il y ait un impact négatif sur le budget fédéral, surtout quand l'impact tant à court qu'à long terme est pris en ligne de compte. En revanche, le rapport de la Cour des comptes est suivi par une concertation politique, qui permettra sans doute de décider si cet impact budgétaire est acceptable ou non pour l'autorité fédérale. On peut imaginer que dans le cadre de cette concertation, une communauté puisse offrir de compenser elle-même une partie des conséquences financières et qu'un accord de coopération asymétrique soit conclu à cet égard<sup>30</sup>.

Enfin, il faut se demander dans quelle mesure cette procédure est réellement contraignante. Une entité fédérée peut décider de faire fi de cette procédure et de prendre une initiative décrétole ou réglementaire sans la soumettre à la Cour des comptes, de la même manière que n'importe quelle exigence de forme peut être ignorée, mais en l'occurrence, il semble bien exister une sanction juridique. En effet, la méconnaissance de cette procédure peut être considérée comme une violation d'une forme de coopération obligatoire susceptible d'entraîner l'annulation par la Cour constitutionnelle ou le Conseil d'Etat de la règle de droit décrétole ou réglementaire en

---

(29) Même si l'article 6, §8 de la LSRI était ici d'application (*quod non*), on ne voit pas bien comment, dans ce cas, une procédure équivalente pourrait être élaborée dans les règlements de la Chambre et des Parlements conformément à cette disposition particulière.

(30) On renvoie à ce sujet à ce qui est exposé dans la suite de cet article au sujet des accords de coopération asymétriques en matière de programmation des établissements hospitaliers.

résultant<sup>31</sup>. Le fait que le contrôle budgétaire « interne » accompagnant la naissance de cette initiative permette de confirmer qu'elle n'a pas d'impact budgétaire n'est pas pertinent, car cette constatation porte uniquement sur le budget de la communauté concernée, et non sur celui de l'autorité fédérale et de la sécurité sociale<sup>32</sup>.

A côté de la mission préventive de la Cour des comptes que nous venons d'évoquer pour les initiatives de normes d'agrément des hôpitaux, la Cour des comptes est également tenue de rédiger chaque année un rapport détaillé sur les conséquences des normes d'agrément des communautés en vigueur sur le budget de l'autorité fédérale et de la sécurité sociale<sup>33</sup>. Ce rapport est communiqué au gouvernement fédéral et aux gouvernements des communautés et des régions<sup>34</sup>. Contrairement à l'évaluation *ex ante* des initiatives, aucune conséquence contraignante n'est liée à ce rapport. Une réglementation communautaire initialement approuvée dont les conséquences vont trop loin ne peut donc pas être annulée, sauf si la communauté dont elle émane accepte elle-même de l'annuler et prend les mesures nécessaires à cette fin. Ici encore, on peut se demander pourquoi cette obligation de rapport imposée à la Cour des comptes n'a pas été élargie aux normes d'agrément en vigueur qui continuent à relever de la compétence de l'autorité fédérale.

#### **d) Le financement des hôpitaux**

L'ancien texte de l'article 5, §1, I, 1<sup>o</sup> évoquait trois réserves de compétences fédérales concernant le financement des hôpitaux, à savoir les règles de base en matière de financement de l'infrastructure, y compris l'infrastructure médicale lourde, le financement de l'exploitation tel que réglementé par la législation organique, et le financement au moyen de l'assurance maladie-invalidité. Les deux derniers cas sont maintenus, mais la première réserve de compétence disparaît.

Les communautés sont donc désormais compétentes pour le coût des investissements de l'infrastructure et des investissements dans l'appareillage médical lourd

(31) Voir l'article 30bis de la loi du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, *M.B.*, 7 janvier 1989 et l'article 14bis des lois coordonnées du 12 janvier 1973 sur le Conseil d'Etat, *M.B.*, 21 mars 1973, qui donnent également compétence à ces collèges pour les infractions sur « les concertations, les accords, les transmissions d'informations, les avis, les avis conformes, les accords, les accords communs et les propositions qui sont repris dans la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 ». La procédure décrite ici peut en effet être considérée comme un cas particulier d'avis conforme. En ce sens, voir l'avis du Conseil d'Etat 56.826/3 du 19 décembre 2014 sur un projet d'arrêté ministériel (de l'autorité flamande) visant à une description plus précise des enregistrements par les programmes de soins pour les pathologies cardiaques B (non publié).

(32) Voir l'avis du Conseil d'Etat 56.826/3 du 19 décembre 2014 cité à la note de bas de page précédente.

(33) Une question intéressante, à laquelle la Cour des comptes devra répondre en première instance, consiste à se demander si le concept ne vise que les normes d'agrément introduites par les communautés ou s'il s'étend aux normes existantes, anciennement fédérales, qui font désormais partie des compétences des communautés.

(34) Article 5, §1, I, neuvième alinéa, LSRI.

ou, selon la formulation de la loi spéciale, le « coût des investissements de l'infrastructure et des services médicotéchniques »<sup>35</sup>. L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale indique qu'elle vise les sous-parties A1 et A3 du budget des ressources financières. Les communautés peuvent en principe modifier ces éléments de la réglementation fédérale pertinente<sup>36</sup>. La description plus détaillée de ces sous-parties dans l'exposé des motifs permet en outre de déduire que l'actuelle sous-partie C1 (« frais de pré-exploitation ») du budget des ressources financières est également visée, autrement dit certains coûts qui ont trait à la construction ou à la transformation d'hôpitaux ou de services hospitaliers<sup>37</sup>.

Même si, en principe, l'autorité fédérale reste compétente pour le financement de l'exploitation par le biais du budget des ressources financières et qu'elle peut soumettre ce financement à certaines conditions, elle n'en devra pas moins veiller à ce que ces conditions ne rendent pas impossible ou excessivement difficile l'exercice des compétences des communautés en matière de politique relative aux soins dans les établissements hospitaliers (article 5, §1, I, premier alinéa, 1<sup>o</sup>), en particulier la fixation de normes d'agrément<sup>38</sup>.

#### e) La programmation des hôpitaux

Dans l'ancienne répartition des compétences, les règles de base concernant la programmation constituaient déjà une réserve de compétence fédérale, qui a été maintenue telle quelle. Ces règles en matière de programmation des établissements de soins, aussi appelés critères de programmation, définissent combien (de parties) d'établissements de soins peuvent être exploités, éventuellement par région, par tranche d'un certain nombre d'habitants (éventuellement d'une certaine catégorie d'âge), etc<sup>39</sup>.

(35) Article 5, §1, I, 1<sup>er</sup> alinéa, 1<sup>o</sup>, a) et b), LSRI.

(36) Plus spécifiquement, les sous-parties A1 (« coût des investissements », autrement dit les dépenses pour bâtiment, équipement, matériel roulant et mobilier) et A3 (« coût des investissements des services médicotéchniques », autrement dit les dépenses de matériel médical lourd tel que scanners RMN, scanners PET et radiothérapie) évoquées dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, *M.B.*, 30 mai 2002, qui constitue l'exécution de l'article 105, §1 de la loi sur les hôpitaux. Concernant les notions d'« appareillage médical lourd » et de « services médico-techniques », voir aussi les articles 51 à 56 et 58 à 60 de la loi sur les hôpitaux.

(37) *Doc. parl.* Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 33-34, plus particulièrement la mention des « frais de pré-exploitation », qui correspond à la description générale de la sous-partie C1 dans l'article 20 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 dont il est question.

(38) Avis du Conseil d'Etat 56.670/3 du 27 octobre 2014 sur l'arrêté royal du 8 janvier 2015 portant modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (non publié). En l'occurrence, il s'est avéré qu'il n'existait aucun problème de cette sorte.

(39) Pour un exemple, voir Cour d'arbitrage, 14 septembre 2006, n° 139/2006, B.5.1 et B.5.2.

Dans l'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale ayant donné lieu à la nouvelle réglementation en matière de compétences, cette réserve de compétence fédérale est maintenue, avec un ajout prévoyant que « des accords bilatéraux asymétriques peuvent être conclus si une communauté le souhaite »<sup>40</sup>. Cela étant, aucune disposition du texte de la loi spéciale n'est consacrée à la possibilité de ce type d'accords. Sans doute l'exposé des motifs a-t-il visé la possibilité de conclure des accords de coopération volontaires afin de permettre un exercice conjoint des compétences propres conformément à l'article 92*bis*, §1, premier alinéa de la LSRI. Il est en effet possible qu'un accord de coopération inclue des accords entre l'autorité fédérale et une ou plusieurs communautés, portant sur la programmation d'établissements hospitaliers<sup>41</sup>, tant que l'autorité fédérale ne cède pas sa compétence réservée en la matière aux communautés<sup>42</sup>. Ces accords requièrent une approbation par voie de loi, de décret ou d'ordonnance, notamment s'ils « sont susceptibles de léser » les pouvoirs publics concernés. C'est par exemple le cas si l'autorité fédérale s'engage à adapter les critères de programmation de manière à permettre l'agrément d'un nombre plus important d'établissements hospitaliers, sachant que cet engagement entraîne des dépenses supplémentaires. La conclusion d'un accord de coopération n'impliquant pas la totalité des communautés, voire n'en impliquant qu'une seule, devra en revanche pouvoir être justifiée à la lumière du principe d'égalité. Ce dernier peut être vérifié tant par la section de législation du Conseil d'Etat que par la Cour constitutionnelle à l'égard des textes d'assentiment de l'accord de coopération concerné ou des règles de droit élaborées en exécution de cet accord de coopération.

### 1.1.2. Les soins de santé mentale dans les établissements hospitaliers autres que les hôpitaux

En vertu du nouvel article 5, §1, premier alinéa, 2° de la LSRI, les communautés ont compétence pour la politique relative aux soins de santé mentale dans les établissements hospitaliers autres que les hôpitaux. Le texte formule ainsi pour la première fois clairement ce qui avait déjà été reconnu comme une compétence communautaire, du moins en ce qui concerne les centres de santé mentale (CSM), suite aux travaux parlementaires relatifs à la précédente répartition des compétences<sup>43</sup>. La compétence communautaire de principe pouvait également se déduire de la com-

(40) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 3.

(41) Voir par exemple le protocole du 9 juin 1997 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées, *M.B.*, 30 juillet 1997, complété à plusieurs reprises par la suite au moyen d'avenants supplémentaires. Cet accord de coopération inclut notamment des accords relatifs à l'augmentation du nombre de lits dans les centres de repos et de soins (critère de programmation fédéral) en échange d'une réduction du nombre de lits de repos (compétence communautaire).

(42) Cour d'arbitrage, 3 mars 1994, n° 17/94, B.5.3. Voir aussi J. Velaers, *De Grondwet en de Raad van State, afdeling Wetgeving*, Anvers, Maklu, pp. 875-876, 1999, pour des exemples tirés de la jurisprudence du Conseil d'Etat.

(43) *Doc. parl.*, Sénat, 1979-1980, n° 434-2232/2, p. 124.

présence générale des communautés en matière de politique relative aux soins dans les établissements hospitaliers et hors de ceux-ci, parce que la notion de « législation organique » n'était pas appréhendée dans un sens suffisamment large pour inclure les centres de santé mentale. Il en allait autrement pour les services psychiatriques des hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques (SPHG et HP)<sup>44</sup>, les maisons de soins psychiatriques (MSP)<sup>45</sup> et les initiatives d'habitations protégées (HP)<sup>46</sup>. Ces établissements de soins étaient bien rangés sous la législation organique<sup>47</sup>. Il en allait de même pour les associations d'institutions et de services psychiatriques (aussi appelées plate-formes de concertation de soins de santé mentale)<sup>48</sup>.

Suite à l'élargissement de leurs compétences en matière d'hôpitaux exposé plus haut dans le présent article, et principalement au niveau des normes d'agrément, les communautés disposent désormais de compétences plus vastes concernant les deux premières dispositions (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques). Si les communautés souhaitent privilégier les admissions hors des hôpitaux, elles devront conclure avec l'autorité fédérale des accords de coopération bilatéraux portant sur la reconversion des lits d'hôpitaux. Cette possibilité existait déjà, sur la base d'accords de coopération volontaires, mais elle fait désormais l'objet d'une disposition spécifique dans la loi spéciale de financement<sup>49</sup>.

Comme on peut le lire dans l'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale, le nouvel article 5, §1, I, premier alinéa, 2° de la LSRI vise à rendre désormais les communautés intégralement compétentes pour les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitations protégées autres que les établissements hospitaliers<sup>50</sup>. Selon l'exposé des motifs, les plate-formes de concertation en santé mentale sont

(44) Voir notamment les normes d'agrément pertinentes pour ces hôpitaux et services hospitaliers psychiatriques dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964.

(45) Voir notamment l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990.

(46) Voir notamment l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990.

(47) Dans les deux premiers cas, il s'agit en effet (de parties) d'hôpitaux. Les maisons de soins psychiatriques sont des établissements de soins visés à l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispense de soins, *M.B.*, 12 juillet 1978, rangée elle aussi dans la législation organique et intégrée depuis lors dans l'article 170 de la loi sur les hôpitaux lors de sa coordination le 10 juillet 2008. Les initiatives d'habitations protégées sont régies par l'article 6 de la loi sur les hôpitaux. Voir aussi à ce sujet P. Hannes, *Wat betekent de zesde staatsvorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?*, *op. cit.*, pp. 376-377.

(48) Voir notamment l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990. Ces associations sont régies de manière générale par l'article 10 de la loi sur les hôpitaux.

(49) Voir article 47/9, §5 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des Communautés et des Régions, *M.B.*, 17 janvier 1989 (ci-dessous « LSF »).

(50) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 5.

également transférées. Cette dernière interprétation est quelque peu à contre-pied du texte de la nouvelle réglementation relative aux compétences, dans la mesure où ces plate-formes de concertation ont trait à la coopération entre hôpitaux et autres établissements de soins, et ne se limitent donc pas à la « dispense de soins de santé mentale dans les établissements de soins *autres que les hôpitaux* ». Pour autant, l'exposé des motifs, non contredit, exprime la volonté du législateur spécial de transférer également ces plate-formes de concertation.

L'exposé des motifs inclut encore toute une énumération de règles juridiques pour lesquelles les communautés sont actuellement compétentes<sup>51</sup>. Il précise enfin que les soins de santé mentale par l'administration de soins à domicile ne sont pas transférés aux communautés<sup>52</sup>. Ces soins à domicile sont en effet régis par l'assurance maladie-invalidité réservée à l'autorité fédérale.

La répartition des compétences en matière de soins de santé mentale dans les hôpitaux et hors de ceux-ci voit donc se poursuivre son homogénéisation à l'avantage des communautés sans que ces dernières n'acquière pour autant une compétence intégrale : certains éléments restent fédéraux.

### **1.1.3. Les soins prodigués dans les établissements pour personnes âgées et les services isolés de traitement et de réadaptation**

Concernant la nouvelle répartition des compétences en matière de soins aux personnes âgées, la situation est dans une certaine mesure comparable avec ce qui a été exposé pour les soins de santé mentale : les communautés disposaient déjà de certaines compétences en la matière. Elles étaient notamment déjà compétentes pour les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), pas tellement en vertu de leur compétence générale en matière de politique relative aux soins prodigués dans les établissements hospitaliers et hors de ceux-ci mais plutôt en raison de leur compétence en matière de politique des personnes âgées<sup>53</sup>.

L'autorité fédérale disposait toutefois des compétences les plus importantes en la matière. Les maisons de repos pour personnes âgées ou les services résidentiels convertis peuvent bénéficier d'un agrément spécial en tant que maisons de repos et de soins (MRS), à savoir pour les établissements offrant une structure de soins accueillant les personnes fortement dépendantes des soins. Un agrément spécial peut également être attribué aux centres de soins de jour (CSJ) pour les établissements offrant une structure de soins accueillant en journée les personnes fortement dépendantes de soins ou les personnes souffrant d'une maladie grave exigeant des soins adaptés, et

(51) *Ibid.*, pp. 26-28.

(52) *Ibid.*, p. 24.

(53) Article 5, §1, II, 5°, LSRI.

qui fournit le soutien nécessaire pour le maintien de ces personnes dans leur environnement domestique. Enfin, un agrément spécial peut être accordé aux centres pour lésions cérébrales acquises pour les établissements qui offrent une structure de soins accueillant les personnes fortement dépendantes de soins avec une lésion cérébrale acquise<sup>54</sup>. Ces agréments spéciaux peuvent également porter sur une partie de l'établissement. Tous ces établissements ont été rangés dans la « législation organique » et relèvent donc des compétences de l'autorité fédérale<sup>55</sup>.

Les développements de la proposition de loi spéciale mentionnent que la compétence intégrale en matière de politique des personnes âgées, y compris la définition du prix pour les résidents, en matière de maisons de repos et de soins, de maisons de repos pour personnes âgées, de centres de soins de jour et de centres de court séjour, est désormais transférée aux communautés. Ce passage est rédigé de manière quelque peu maladroit, car les centres de court séjour constituent déjà une compétence communautaire<sup>56</sup>, tout comme les maisons de repos pour personnes âgées<sup>57</sup>, ainsi que nous l'avons déjà précisé. Les communautés sont à présent aussi compétentes pour les maisons de repos et de soins ainsi que pour les centres de soins de jour, mais pas pour les centres pour lésions cérébrales acquises, sachant que ces dernières ne sont pas reprises dans les développements<sup>58</sup>. Ce dernier point n'est pas des plus cohérents car tout comme les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour, il s'agit d'un « agrément spécial » au sens prévu à l'article 170, §1 de la loi sur les hôpitaux.

Les services index G isolés (réadaptation de patients gériatriques) et les services index Sp isolés (services spécialisés pour le traitement et la réadaptation) sont également transférés<sup>59</sup>. Par services « isolés », on entend le fait qu'il s'agit de services qui se trouvent non pas dans l'hôpital concerné proprement dit mais sont fournis en un lieu distinct. La raison pour laquelle les services G et Sp isolés pour affections psycho-

(54) Voir l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour.

(55) Les maisons de soins psychiatriques sont des établissements de soins visés à l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispense de soins, *M.B.*, 12 juillet 1978, rangée elle aussi dans la législation organique et intégrée depuis lors dans l'article 170 de la loi sur les hôpitaux lors de sa coordination le 10 juillet 2008.

(56) Voir par exemple les articles 30 à 32 du « Woonzorgdecreet » flamand du 13 mars 2009, *M.B.*, 14 mai 2009.

(57) Qui ont par ailleurs, du côté flamand, été rebaptisés « woonzorgcentra » (centres de repos et de soins) (voir les articles 37 et 38 du « Woonzorgdecreet » du 13 mars 2009).

(58) L'arrêté royal du 21 septembre 2004 précité, qui inclut également les normes d'agrément pour ces centres, est, il est vrai, énuméré par les textes qui relèvent désormais des compétences des communautés (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 26), mais préalablement à cette énumération, il est expressément mentionné qu'elle n'est valable que « dans la mesure où elle concerne les maisons de repos, les maisons de repos et soins, les centres de court séjour et les centres de soins de jour, de même que l'infrastructure hospitalière et le matériel lourd, les services G isolés et les services Sp isolés » (*ibid.*, p. 25).

(59) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 4 et 25.



gériatriques et soins palliatifs sont transmis aux communautés est à présent claire, mais on voit moins bien pourquoi d'autres services Sp isolés sont transférés. En effet, il existe des services Sp pour les affections cardiopulmonaires, neurologiques, locomotrices et chroniques<sup>60</sup>. Plusieurs d'entre eux semblent n'avoir guère de rapport avec la dispense de soins aux personnes âgées, et l'on peut dès lors se demander si le transfert de ce type de services isolés Sp a été visé. Le « livre vert flamand »<sup>61</sup> part en tout cas du principe que ce sont bien tous les services G et Sp isolés (y compris désignés comme hôpitaux catégoriels) qui ont été transférés<sup>62</sup>. La conclusion est sans doute que l'objectif du législateur spécial consistait à rendre les communautés compétentes pour tous les hôpitaux catégoriels, mais que cet objectif a malheureusement été formulé sous une forme trop limitée (uniquement la politique des personnes âgées).

Les développements incluent en outre une énumération des règles de droit qui relèvent désormais de la compétence des communautés, du moins dans la mesure où elles ont trait aux établissements transférés<sup>63</sup>.

La question du sort réservé aux associations de soins palliatifs se pose également<sup>64</sup>. L'exposé des motifs du transfert de compétence en matière d'organisation des soins de santé primaires signale que les associations palliatives et les équipes palliatives multidisciplinaires sont transférées aux communautés<sup>65</sup>. Cet aspect de la politique des personnes âgées est donc désormais lui aussi dévolu aux communautés, malgré qu'il n'ait pas été explicitement mentionné dans le transfert de compétences en matière de politique des personnes âgées, en raison d'un oubli mineur. Il n'en va pas de même pour la fonction hospitalière de soins palliatifs<sup>66</sup>, qui relève de la répartition des compétences en matière de normes d'agrément pour les hôpitaux, pour laquelle les communautés disposent certes de compétences élargies, mais pour laquelle l'autorité fédérale est restée partiellement compétente, comme nous l'avons déjà exposé ci-dessus.

Etant donné que les communautés acquièrent la pleine compétence matérielle en

(60) Voir notamment les normes spéciales d'agrément applicables aux services spécialisé de traitement et de réadaptation (index Sp) dans l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964.

(61) *Le Vlaams Groenboek (Doc. parl.*, Parlement flamand, 2013-14, n° 2185/1) est une étude réalisée par l'autorité flamande analysant, pour les compétences nouvellement transférées, les différentes options envisageables.

(62) *Doc. parl.*, Parlement flamand, 2013-14, n° 2185/1, p. 179. P. Hannes, *Wat betekent de zesde staatsherovorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?*, *op. cit.*, p. 378, semble aussi adopter ce point de vue.

(63) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 25-26.

(64) Voir notamment l'arrêté royal du 19 juin 1997 fixant le subside alloué aux associations entre établissements de soins et services en matière de soins palliatifs et réglant les modalités d'octroi, *M.B.*, 28 juin 1997.

(65) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 41.

(66) Voir l'arrêté royal du 15 juillet 1997 fixant les normes auxquelles une fonction hospitalière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée, *M.B.*, 31 juillet 1997.

matière de dispense de soins dans les établissements pour personnes âgées, elles sont également compétentes pour la politique de prix relative à ces établissements<sup>67</sup>, nonobstant bien entendu la compétence fédérale réservée en matière d'assurance maladie-invalidité.

#### 1.1.4. La revalidation de type *long term care*

L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale décrit le terme de revalidation *long term care* comme « 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 »<sup>68</sup>. Une série de conventions de rééducation liées à la réadaptation *long term care* ainsi décrite sont transférées aux communautés, à savoir les centres de rééducation ambulatoire (par le passé également appelés centres ORL/PSY), toxicomanes, malentendants, déficiences visuelles, rééducation psycho-sociale pour adultes, rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces des interactions parents-enfants, autisme, établissements de revalidation pour enfants présentant une pathologie médico-psychologique grave et établissements de rééducation motrice<sup>69</sup>. Dans une tentative sincère de pousser l'explication encore plus loin, une série de numéros d'identification INAMI en rapport avec ces conventions avec les centres de rééducation sont également repris<sup>70</sup>. Il s'agit donc effectivement d'éléments de l'assurance maladie-invalidité qui, en dépit de la réserve de compétence fédérale de l'article 5, §1, I, deuxième alinéa, 1<sup>o</sup> de la LSRI, reviendront malgré tout aux communautés, ce qui est relativement déconcertant. On peut dès lors se demander s'il n'aurait pas été plus cohérent de mentionner ces transferts ponctuels de compétence au titre d'exceptions de cette réserve de compétence.

Le Conseil d'Etat a critiqué le renvoi aux numéros d'identification INAMI en considérant que mieux vaudrait fournir une description complète quant au fond du concept de rééducation *long term care*, dans la mesure où le renvoi à des numéros d'identification INAMI spécifiques est difficilement conciliable avec le texte qui

(67) Voir article 6, §1, VI, cinquième alinéa, 3<sup>o</sup> de la LSRI, qui réserve à l'autorité fédérale la politique des prix des revenus, « à l'exception de la réglementation des prix dans les compétences des régions et des communautés ». Voir aussi *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n<sup>o</sup> 5-2232/1, pp. 4, 9 et 99.

(68) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n<sup>o</sup> 5-2232/1, p. 37.

(69) *Ibid.*, pp. 4-5.

(70) *Ibid.*, pp. 37-39.

constate que la « politique en matière de rééducation *long term care* » est transférée, ce qui semble tout de même aller au-delà d'une série de conventions de rééducation déjà existantes<sup>71</sup>. Dans le rapport de commission du Sénat, les auteurs de la proposition répliquent en reprenant la définition de la rééducation *long term care* donnée plus haut, en posant que les conventions de rééducation énumérées en constituent des cas d'application et que les conventions de rééducation qui ne sont pas reprises ne sont pas incluses dans le transfert de compétences<sup>72</sup>. Les auteurs illustrent ainsi eux-mêmes la critique du Conseil d'Etat : quel est le sens d'une définition générale et formulée de manière assez large si l'on travaille à partir d'une liste exhaustive ? Et qui est alors compétent pour les nouveaux types de conventions de revalidation ? En commission à la Chambre, le secrétaire d'Etat a constaté que c'était « l'ensemble de la politique en matière de revalidation fonctionnelle *long term care* qui est transféré, et pas uniquement les conventions de revalidation listées »<sup>73</sup>.

En conclusion, on peut donc estimer qu'il est possible de puiser dans les travaux parlementaires des arguments permettant d'admettre que les nouvelles conventions de rééducation ne peuvent plus relever de la compétence de l'autorité fédérale, du moins lorsqu'elles correspondent à la description de fond fournie ci-dessus de la rééducation *long term care* dans les travaux parlementaires.

#### 1.1.5. L'organisation des soins de santé de première ligne

Il est quelque peu étrange que l'organisation des soins de santé de première ligne soit reprise en tant que nouvelle catégorie dans la nouvelle répartition des compétences en matière de soins de santé. En effet, dans la précédente répartition des compétences, les soins de santé de première ligne étaient en principe déjà une compétence communautaire, dans la mesure où ils ressortent théoriquement à la politique en matière de soins dispensés hors des établissements hospitaliers, et ne peuvent par ailleurs être rangés dans l'exception de la législation organique. Il est vrai que la Cour constitutionnelle avait reconnu la compétence résiduaire de l'autorité fédérale pour l'exercice de la médecine<sup>74</sup>, mais la mise en balance de cette compétence résiduaire avec la compétence communautaire de principe évoquée plus haut laisse une certaine marge pour une politique réelle des communautés en matière de soins primaires<sup>75</sup>. Cette politique n'a toutefois pas véritablement décollé, notamment parce que

(71) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 18-19.

(72) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/5, pp. 244-245.

(73) *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3201/4, p. 60.

(74) Cour d'arbitrage, 13 juillet 1989, n° 20/89, B.1.

(75) Cour constitutionnelle, 15 juillet 1998, n° 83/98, B.5.11; 28 septembre 2005, n° 147/2005, B.4.2. Voir aussi l'avis du Conseil d'Etat du 18 septembre 2003 portant sur un avant-projet ayant donné lieu au décret flamand du 3 mars 2004 « betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders », *Doc. parl.*, Sénat, 2003-2004, n° 1882/1, pp. 110-115.

de multiples initiatives en matière de soins de santé de première ligne ont été développées au niveau fédéral, principalement étayées par la réserve de compétence en matière d'assurance maladie-invalidité<sup>76</sup>. Laissons ici de côté la question de savoir si cette politique fédérale était conforme à la répartition des compétences. Les mesures en matière d'échelonnement des soins de santé ont été largement élaborées au niveau fédéral, parce que l'autorité fédérale semblait disposée à dégager des ressources financières pour ce type d'initiatives et que dans ces conditions, les communautés n'étaient pas extrêmement enclines à développer leurs propres initiatives, même si elles disposaient de compétences réelles en la matière.

Manifestement, les auteurs de la proposition de loi spéciale souhaitaient faciliter le développement d'initiatives en matière de soins de santé de première ligne par les communautés en formulant de manière plus explicite la compétence communautaire en matière de soins de santé de première ligne. Dans l'exposé des motifs de la proposition, cette compétence est décrite comme « l'encadrement infrastructurel et organisationnel du niveau de soins de santé en dehors des hôpitaux de pointe où les professionnels des soins de santé se consacrent au premier accueil qualifié et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même ». Il en découle également qu'une série d'initiatives fédérales existantes sont transférées aux communautés, dont le fonds Impulseo pour la médecine générale (Impulseo I, II et III), les cercles de médecins généralistes<sup>77</sup>, les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM), les services intégrés de soins à domicile (SISD) et les actions de prévention menées par les dentistes<sup>78</sup>. Il s'agit dans tous les cas d'un financement par l'INAMI de certaines activités ou d'éléments du fonctionnement des soins de santé de première ligne par des médecins généralistes, des dentistes ou d'autres praticiens. Les ressources financières qui correspondent à ces mécanismes de financement existants ont également été transférés aux communautés<sup>79</sup>.

Dans la pratique, il ne semble donc pas tant s'agir de l'attribution d'une nouvelle compétence matérielle aux communautés, mais surtout du transfert d'un nombre d'instruments de financement existants dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. Sans doute ce transfert est-il dicté par la réflexion que ces instruments de

(76) Certains accords politiques ont bien été conclus entre l'autorité fédérale et les communautés dans le protocole du 25 juillet 2001 passé entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, portant sur les soins de santé de première ligne, *M.B.*, 25 septembre 2001, deuxième édition.

(77) P. Hannes, *Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?*, *op. cit.*, p. 358 affirme à juste titre que les postes de garde de médecine générale ne sont pas transférés. L'organisation de la permanence en matière de soins de santé dispensés par les prestataires de soins de santé fait en effet partie de la compétence fédérale résiduaire et aujourd'hui (majoritairement) réservée en matière de professions des soins de santé.

(78) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 39-40.

(79) C'est du moins ce que l'on peut déduire de l'exposé des motifs de la proposition ayant donné lieu à l'article 47/8 de la LSF (voir *Doc. parl.*, Chambre, 2012-2013, n° 53-2974/1, pp. 55-56).

financement n'avaient que peu de choses à voir avec l'essence d'une assurance maladie-invalidité et auraient mieux été mis en valeur dans une catégorie de compétences mieux décrites sur le fond. La question est alors de savoir si la catégorie de compétences décrite de manière large (organisation des soins de santé de première ligne) peut également inclure d'autres mesures, comme par exemple la décision de savoir si les prestataires de première ligne peuvent ou doivent être chargés des diagnostics et traitements. Il n'est pas rare que de telles décisions touchent à l'organisation des professions des soins de santé, pour lesquelles l'autorité fédérale conserve une compétence résiduelle et les communautés n'ont acquis que des compétences limitées. L'avenir nous dira quels rapports vont entretenir les deux domaines de compétence.

#### 1.1.6. La compétence réservée en matière d'assurance maladie-invalidité

L'assurance maladie-invalidité est maintenue comme une réserve de compétence fédérale. Cette réserve est d'ailleurs liée à la réserve (plus largement formulée) pour la compétence fédérale en matière de sécurité sociale, ailleurs dans la loi spéciale<sup>80</sup>. La mention spécifique de l'assurance maladie-invalidité dans la répartition des compétences en matière de soins de santé se justifie par le fait qu'une partie importante du financement des soins de santé, y compris spécifiquement dans les établissements de soins, passe par l'assurance maladie-invalidité<sup>81</sup>.

De plus, les communautés ne peuvent se contenter de mettre le financement de leurs choix stratégiques à charge de l'autorité fédérale, par exemple en assouplissant les normes d'agrément jusqu'au point où certains soins entièrement ou partiellement financés par l'assurance maladie-invalidité seront dispensés beaucoup plus souvent<sup>82</sup>. D'autre part, l'autorité fédérale ne peut pas non plus utiliser l'assurance maladie-invalidité comme un instrument de financement conditionnel permettant de régler dans les faits des matières qui relèvent en réalité de la compétence des communautés. Dans tous les cas, le principe de proportionnalité inhérent au droit des compétences doit être respecté : l'autorité fédérale ne peut empêcher ou compliquer excessivement l'exercice des compétences des communautés en matière de politique des soins de santé en élaborant ou en adaptant des mécanismes de financement de l'assurance maladie-invalidité<sup>83</sup>.

(80) Article 6, §1, VI, cinquième alinéa, 12°, LSRI.

(81) S. Vansteenkiste, *Het gezondheidsbeleid*, *op. cit.*, p. 86. Pour une série d'exemples : P. Hannes, *Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?*, *op. cit.*, p. 390.

(82) Conseil d'Etat, avis 26.671/1 du 25 septembre 1997 portant sur un projet d'arrêté royal fixant les conditions auxquelles doivent répondre les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (non publié, repris dans S. Vansteenkiste, *Het gezondheidsbeleid*, *op. cit.*, p. 87).

(83) S. Vansteenkiste, *Het gezondheidsbeleid*, *op. cit.*, pp. 87-88, avec d'autres renvois.

### 1.1.7. Conclusion

Cette réforme a considérablement élargi les compétences des communautés en matière d'établissements de soins de santé. Dans ce cadre, la répartition des compétences existante a été détricotée en divers thèmes, comme la politique des soins aux personnes âgées et les soins de santé de première ligne. Il en résulte pour certaines matières une plus grande clarté quant à la portée des compétences communautaires élargies. L'énumération, dans quelques passages des travaux parlementaires, de règles de droit pour lesquelles les communautés sont désormais compétentes, y contribue. Pour d'autres matières, comme la revalidation *long term care*, cette méthode de travail n'a pas vraiment porté ses fruits et on ne sait pas trop s'il s'agit d'un cliché instantané ou d'un concept évolutif.

L'adaptation des compétences en matière d'établissements de soins de santé ne semble suivre aucune véritable philosophie générale. On ne peut se défaire de l'impression que le point de départ a souvent été le transfert de paquets de compétences auxquels était lié un financement fédéral, bien plus qu'une situation dans laquelle la nouvelle répartition de compétences aurait été élaborée à partir d'une vision logique de quel niveau de pouvoir était le mieux à même de s'acquitter de telle ou telle tâche relative aux soins de santé.

Pour la réglementation des hôpitaux, les communautés ont vu leurs compétences considérablement élargies, mais en même temps, la portée de ces compétences élargies est devenue très incertaine, surtout du fait de l'exception relativement vague des « caractéristiques de base » des hôpitaux. En outre, toute modification de la réglementation des hôpitaux ayant un impact budgétaire pour l'autorité fédérale est soumise à un mécanisme de contrôle strict. La bonne volonté des communautés et de l'autorité fédérale sera également déterminante pour les nouvelles initiatives politiques touchant aux hôpitaux.

## 1.2. LES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTE

A l'occasion de la nouvelle répartition des compétences en matière de soins de santé, la catégorie de compétence des professions des soins de santé fait son apparition dans la loi spéciale. Tant dans les travaux parlementaires de la loi spéciale du 8 août 1980<sup>84</sup> que dans la jurisprudence de la Cour constitutionnelle<sup>85</sup>, on peut lire que l'exercice de la médecine était une compétence résiduaire fédérale. Cette compétence en matière d'exercice de la médecine inclut également la réglementation des professions des soins de santé, autrement dit des activités des prestataires des soins de santé. L'exercice de la médecine est par ailleurs une catégorie de compétences qui n'inclut

---

(84) *Doc. parl.*, Sénat, 1979-1980, n° 434-1, p. 7.

(85) Cour d'arbitrage, 18 décembre 1996, n° 81/96, B.4.1-B.4.2.

pas que les seules professions des soins de santé : à titre d'exemple, la réglementation en matière de transplantation d'organes et de dons de sang relève elle aussi de cette compétence résiduaire. L'introduction de la notion de « professions des soins de santé » dans la loi spéciale n'implique donc qu'une explicitation partielle de la compétence en matière d'exercice de la médecine, sachant que la nouvelle réglementation demeure muette sur certains aspects de cette compétence qui restent donc résiduaire (1.2.2.).

Ajoutons encore que l'introduction de la nouvelle catégorie de compétence des professions des soins de santé va seulement de pair avec le transfert de deux aspects limités de cette catégorie de compétence aux communautés, à savoir l'agrément des prestataires de soins de santé – dans le respect des conditions fédérales d'agrément en matière de professions des soins de santé – et le contingentement des prestataires de soins de santé, compte tenu du contingentement annuel que l'autorité fédérale peut fixer pour chaque communauté (1.2.1.).

### 1.2.1. L'agrément et le contingentement par communauté

La première sous-partie des nouvelles compétences des communautés en matière de professions des soins de santé, à savoir l'agrément des prestataires de soins de santé, ne se limite manifestement pas à la simple application des conditions d'agrément fédérales<sup>86</sup>, mais inclut aussi la possibilité d'opter pour un système d'agrément de plein droit ou pour un système d'attribution expresse de l'agrément<sup>87</sup>. L'on doit apparemment en déduire que les communautés sont également compétentes pour définir une procédure d'agrément pour les prestataires de soins de santé, par analogie avec leur compétence de définir la procédure d'agrément pour les établissements de soins de santé (pour lesquels elles ont d'ailleurs aussi compétence pour octroyer les agréments individuels). Elles ne sont en revanche pas compétentes pour fixer leurs propres conditions d'agrément, fût-ce à titre complémentaire.

La portée de la deuxième sous-partie du transfert de compétences – le contingentement des prestataires de soins de santé – n'est pas non plus particulièrement claire, mais l'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale permet de comprendre que l'autorité fédérale continue à pouvoir définir le nombre de prestataires de soins de santé, scindé par communauté, pouvant être agréé, mais que les communautés peuvent fixer des sous-quotas par spécialité<sup>88</sup>. Cet exposé des motifs fait aussi allusion à la possibilité de constituer un organe interfédéral qui exercerait les tâches de l'actuel-

(86) Ces conditions d'agrément sont actuellement fixées par la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *M.B.*, 18 juin 2015, et ses arrêtés d'exécution.

(87) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 47. Voir aussi *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3201/4, p. 42.

(88) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 48.

le commission de planification<sup>89</sup>. De plus, un accord de coopération doit être conclu entre l'autorité fédérale et les communautés au sujet de l'échange d'informations relatives au contingentement des professions des soins de santé<sup>90</sup>.

Il ressort de ce qui précède qu'en matière de professions des soins de santé, les compétences réglementaires n'ont été transférées aux communautés que dans une mesure très limitée. Il s'agit plutôt d'une compétence exécutoire individuelle et d'une compétence permettant de fixer des dispositions de procédure et des sous-quotas.

L'agrément en tant que prestataire de soins de santé doit être considéré indépendamment de l'agrément pour les prestations remboursables dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité<sup>91</sup>. Sur ce point, c'est l'autorité fédérale qui reste compétente conformément à l'article 5, §1, I, deuxième alinéa, 1<sup>o</sup> de la LRSI, tant pour les règles matérielles et de procédure que pour les agréments individuels<sup>92</sup>. En conséquence, les prestataires de soins de santé auront désormais besoin, le cas échéant, d'un agrément au niveau de la communauté (pour l'exercice de la profession) et d'un agrément au niveau fédéral (pour le remboursement par l'assurance maladie-invalidité).

### 1.2.2. Les compétences fédérales résiduelles en matière de professions des soins de santé

Les autres aspects des compétences en matière de professions des soins de santé restent fédéraux, puisqu'ils n'ont pas été attribués aux communautés. C'est par exemple le cas pour la réglementation des organisations professionnelles des professions des soins de santé, y compris la réglementation disciplinaire, pour les obligations liées à l'exercice de la profession comme l'organisation de services de garde, la réglementation en matière d'implantation des pharmacies, etc. Nous concluons donc que le gros de l'élaboration des politiques en matière de professions des soins de santé continue à incomber à l'autorité fédérale.

Ceci n'empêche pas que la délimitation de cette compétence résiduelle par la compétence communautaire de principe en matière de dispense de soins dans les établissements hospitaliers et en dehors de ceux-ci restera un point épineux et dépendra au final de la question de savoir si l'on aborde la question sous l'angle des « prestataires individuels de soins de santé » ou celui de la « dispense de soins pour les établissements ou institutions ». En effet, les deux matières se prêtent particulièrement bien aux applications de la doctrine dite du double aspect<sup>93</sup>.

(89) Voir les articles 91 et 92 de la loi précitée.

(90) Article 92*bis*, §4*septies*, b), LRSI.

(91) Voir notamment les articles 3*bis*, 21*bis*, §1 et 2, en 35*novies*, §1, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

(92) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 48.

(93) J. Vanpraet, *De latente staatshervorming*, Bruges, Die Keure, série « Bibliotheek grondwettelijk recht », pp. 137-138, 2011 (avec trois exemples concrets).



Dans la précédente répartition des compétences, les conditions d'accès à la profession étaient une matière réservée à l'Etat fédéral. Elles sont à présent transférées aux régions, mais les conditions d'accès aux professions des soins de santé (entre autres) sont exclues de ce transfert<sup>94</sup>. Cela signifie que tant l'autorité fédérale que les communautés peuvent exercer leur compétence en matière de professions des soins de santé sans que la nouvelle compétence en matière de conditions d'accès à la profession puisse interférer.

### 1.3. LES SOINS DE SANTE PREVENTIFS

Comme leur nom l'indique, les soins de santé préventifs visent à garantir la santé de la population (ou de certaines catégories de la population) par des mesures préventives. L'exercice de la médecine présente également des aspects préventifs, mais les soins de santé préventifs sont une notion bien plus vaste qui n'a pas uniquement trait à l'activité des prestataires de soins de santé proprement dits. Pour cette sous-partie de la politique de soins de santé également, la sixième réforme de l'Etat a entraîné des modifications.

#### 1.3.1. Les activités, services et initiatives en matière de soins de santé préventifs

Dans l'ancienne répartition des compétences, les communautés étaient compétentes pour l'éducation à la santé ainsi que pour les activités et services en matière de soins de santé préventifs. En parallèle, elles acquièrent à présent la compétence pour « toute initiative en matière de médecine préventive » (nouvel article 5, §1, I, premier alinéa, 8°, LSRI). Il y a toutefois lieu de se demander ce que le terme « initiatives » ajoute aux termes existants « activités » et « services »<sup>95</sup>. On peut déduire de l'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale que tout comme pour l'organisation des soins de santé de première ligne, l'objectif consistait à transférer aux communautés une série d'instruments de financement fédéraux relatifs à la prévention et dévolus à l'INAMI<sup>96</sup>, comme le Fonds de lutte contre les assuétudes<sup>97</sup>. L'exposé des motifs avance que l'autorité avait pris ces initiatives « sur la base de sa compétence résiduaire en matière de santé publique », mais pour certaines de ces initiatives, on est tout de même en droit de se demander s'il n'aurait pas fallu les ranger d'emblée parmi les compétences communautaires et s'il ne s'est pas agi de ce que certains milieux politiques qualifient de « compétences usurpées », mais qui, d'un point de vue juridique, se définissent mieux comme les compétences communautaires exercées de façon illégitime par l'autorité fédérale.

(94) Article 6, §1, I, cinquième alinéa, 6°, LSRI.

(95) Certes, les termes « activités » et « services » ne sont pas vagues au point d'englober la totalité de la politique des soins de santé préventifs (avis du Conseil d'Etat 4.339/AV, 29 avril 2003, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 2002-2003, n° 1709/1, pp. 149-150), mais d'autre part, on ne voit pas très bien non plus comment le terme « initiative » peut désigner autre chose que ce qui tombe sous les dénominations « activités » et « services ».

(96) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 5 et 42-44.

(97) Voir l'article 116 de la loi-programme du 22 décembre 2003, *M.B.*, 31 décembre 2003.

Dans ce cadre, outre le Fonds de lutte contre les assuétudes, il est aussi fait mention de campagnes de vaccination et de dépistage, du plan national Nutrition pour une meilleure santé, ainsi que d'initiatives en matière d'hygiène buccale dans les écoles et en matière de sevrage tabagique<sup>98</sup>. Aucun élément ne précise si l'objectif est que les communautés poursuivent ces initiatives ou mettent un terme à certaines d'entre elles<sup>99</sup>. Quoi qu'il en soit, le texte précise que l'autorité fédérale ne prendra désormais plus d'initiatives de la sorte<sup>100</sup>. En fait, l'objectif principal est sans doute que l'autorité fédérale respecte désormais la répartition des compétences déjà en place en matière de soins de santé préventifs et n'élabore plus de nouveaux instruments financiers pour accéder indirectement à ces compétences. Le Conseil d'Etat a donc également recommandé de renoncer purement et simplement à ajouter la notion « initiatives en matière de médecine préventive » et de se contenter de mentionner dans les travaux parlementaires que la répartition des compétences existante sera respectée<sup>101</sup>, mais cette suggestion n'a pas été suivie, sans que ce choix ne soit expliqué<sup>102</sup>. Si l'objectif n'est pas d'élargir les compétences communautaires en matière de médecine préventive, l'ajout d'une nouvelle notion à ces compétences communautaires ne peut que susciter une confusion inutile. Des aveux de bon aloi ainsi que la formulation de bonnes intentions dans le chef de l'autorité fédérale auraient été plus clairs.

(98) Pour une tentative similaire de création d'un fonds de prévention du tabagisme par l'autorité fédérale, voir la proposition de loi de madame Van der Wildt portant création d'un fonds de prévention du tabac, ainsi que l'avis défavorable du Conseil d'Etat du 17 février 1998, *Doc. parl.*, Sénat, 1997-1998, n° 1-821/1 et 1-821/3.

(99) Concernant la confusion en la matière, voir aussi le livre vert sur la sixième réforme de l'Etat de la Communauté flamande, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 2013-14, n° 2185/1, pp. 224-225.

(100) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 43-44. Le texte ajoute toutefois que les communautés peuvent éventuellement conclure des accords de coopération (asymétriques ou non) avec l'autorité fédérale concernant le remboursement par l'assurance maladie-invalidité des prestations des prestataires de soins dans le cadre d'initiatives de prévention élaborées par les communautés.

(101) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 19-20.

(102) *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 5-2232/5, pp. 238-239.

### 1.3.2. Les mesures nationales (réservées) en matière de prophylaxie

La compétence fédérale réservée existante en matière de mesures nationales en matière de prophylaxie (autrement dit, les vaccinations obligatoires)<sup>103</sup> ne subit aucune modification, et est désormais reprise dans le nouvel article 5, §1, I, deuxième alinéa, 2° de la LSRI<sup>104</sup>.

### 1.4. D'AUTRES COMPETENCES ?

A côté des compétences évoquées ci-dessus en matière de politique des soins de santé, il existe encore une série de compétences fédérales résiduelles voire réservées qui ont trait à la politique des soins de santé. Pensons à la compétence en matière de denrées alimentaires et de médicaments, de matériel corporel humain et de sang, d'aide médicale d'urgence, de prévention au travail, de certaines normes de produits, etc.<sup>105</sup>. Ces matières n'étant pas concernées par le nouveau transfert de compétences, nous ne les aborderons pas ici.

L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale fait également allusion à la compétence de l'autorité fédérale « pour la politique de crise au cas où une pandémie aiguë nécessiterait des mesures urgentes »<sup>106</sup>. Le Conseil d'Etat a assorti cette compétence de points d'interrogation, en renvoyant à un avis récent qui excluait précisément une compétence fédérale (résiduaire) générale en matière de crises de la santé publique<sup>107</sup>. Bien entendu, le législateur spécial aurait pu modifier cet état des choses, mais il aurait alors fallu que cette modification ressorte expressément du texte<sup>108</sup>. Il n'en a toutefois rien été; les représentants des partis de la majorité institutionnelle ont simplement confirmé que l'autorité fédérale ne possède pas de

(103) Voir *Doc. parl.*, Sénat, 1979-1980, n° 434-2232/2, p. 124.

(104) P. Hannes, *Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?*, *op. cit.*, p. 384 renvoie dans cette optique, à juste titre, à un passage des travaux parlementaires posant que la vente de vaccins individuels en pharmacie relève elle aussi de la compétence fédérale. A cette fin, l'on peut chercher un soutien effectif dans la compétence fédérale résiduaire en matière d'exercice de la médecine, dont font partie les conditions de mise à disposition du public de médicaments en pharmacie, ainsi que la compétence fédérale réservée en matière d'assurance maladie-invalidité, en ce qui concerne l'éventuel remboursement partiel d'un vaccin. Les conditions dans lesquelles, et la manière dont, les prestataires de soins de santé administrent des vaccins relèvent également de la compétence de l'autorité fédérale. Il est cependant important de souligner que les communautés sont compétentes pour la promotion de vaccinations non obligatoires, ainsi que pour l'organisation de leur administration dans les établissements et institutions qui font partie de leurs compétences. A une exception près (la vaccination obligatoire contre la poliomyélite), tous les vaccins actuellement administrés aux enfants relèvent d'ailleurs de cette catégorie.

(105) Voir aussi *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 49.

(106) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 6, 43 et 49.

(107) Il s'agit de l'avis 53.018/VR du 13 mai 2013 sur un projet d'arrêté royal relatif au contrôle sanitaire du trafic international. Ce projet n'a toutefois pas été poursuivi, sans doute en raison des objections de compétences mentionnées dans l'avis. Pour ces raisons notamment, il n'a pas été publié, mais on peut en trouver un extrait dans *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3349/1, pp. 224-229.

(108) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, p. 20.

compétence exclusive en la matière mais n'ont pris aucune initiative visant à élargir cette compétence en modifiant le texte<sup>109</sup>.

## 2. LA MODIFICATION DES COMPETENCES EN MATIERE D'AIDE AUX PERSONNES

### 2.1. GENERALITES

Dans le cadre de leurs compétences en matière d'assistance aux personnes, les communautés sont partiellement compétentes pour la politique en matière de personnes handicapées, et notamment la formation professionnelle, la reconversion et le recyclage professionnels de ces personnes, en vertu de l'article 5, §1, II, 4<sup>e</sup> de la LSRI. Néanmoins, diverses mesures, principalement de nature financière, relèvent encore de la compétence de l'autorité fédérale. Les allocations aux personnes handicapées, ainsi que les aides financières octroyées aux travailleurs pour favoriser l'emploi des personnes handicapées sont restées une compétence fédérale<sup>110</sup>. Sont incluses dans ces allocations l'allocation de remplacement de revenus (ARR), l'allocation d'intégration (AI) et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA).

L'ARR vise à fournir un revenu de remplacement aux personnes handicapées âgées de 21 à 65 ans qui ont une « capacité de gain » moins élevée sur le marché du travail. L'AI a pour but de compenser, pour les personnes âgées de 21 à 65 ans<sup>111</sup>, l'influence d'un handicap sur leur autonomie dans les activités quotidiennes. L'APA sert le même objectif que l'AI, mais est destinée aux personnes de 65 ans et plus, et peut être combinée à une pension de retraite, une pension de survie ou une garantie de revenu aux personnes âgées.

Dans le cadre de sa compétence réservée en matière de sécurité sociale<sup>112</sup>, l'autorité fédérale est également compétente pour les allocations en matière d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, mais aussi pour le remboursement d'aides à la mobilité.

Deux des mesures fédérales mentionnées ci-dessous sont transférées aux communautés, à savoir l'APA (2.2.) et les aides à la mobilité (2.3.). Selon l'exposé des motifs, la politique en matière de personnes handicapées s'en trouve ainsi « homogénéisée »<sup>113</sup>,

(109) *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 5-2232/5, pp. 248-249.

(110) Ancien article 5, §1, II, 4<sup>e</sup>, a) et b), LSRI. Voir, en ce qui concerne la première lettre, l'avis du Conseil d'Etat 25.298/8 du 8 juillet 1996 sur les amendements à un projet de loi portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, *Doc. parl.*, Sénat, 1995-1996, n° 607/14, pp. 8-9.

(111) Les ayant droit à l'AI peuvent aussi continuer à percevoir cette allocation après avoir atteint l'âge de 65 ans.

(112) Ancien article 6, §1, VI, cinquième alinéa, 12<sup>e</sup>, LSRI. Voir aussi ancien article 5, §1, I, 1<sup>e</sup>, c) de la LSRI (assurance maladie-invalidité).

(113) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 50.

même si l'on peut se demander si c'est effectivement le cas, sachant que de vastes pans de cette politique, et plus précisément les allocations, restent fédéraux. Ainsi, l'on ne voit pas très bien pourquoi l'AI est restée fédérale tandis que l'APA a été transférée aux communautés, alors que les deux allocations poursuivent exactement le même objectif et ne diffèrent que par l'âge du bénéficiaire.

## 2.2. L'ALLOCATION POUR L'AIDE AUX PERSONNES AGEES (APA)

L'exposé des motifs explique que les communautés acquièrent compétence pour les conditions d'octroi et le montant de l'APA, ainsi que pour toute son organisation, versement inclus. Il s'agit dans tous les cas des dispositions de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées qui ont trait à cette allocation, ainsi que les arrêtés d'exécution pertinents (ou leurs dispositions pertinentes) de cette loi<sup>114</sup>. Du point de vue légistique, il est toutefois problématique que cette loi et plusieurs arrêtés d'exécution contiennent des dispositions qui sont communes à l'APA, l'ARR et l'AI. Ces dispositions communes peuvent désormais être modifiées (voire supprimées) par les communautés, mais bien entendu uniquement dans la mesure où elles concernent l'APA.

Une complication supplémentaire découle d'une réserve de compétence formulée dans l'exposé des motifs : l'APA continue à relever de la compétence de l'autorité fédérale lorsqu'elle concerne des personnes qui recevaient déjà une ARR ou l'AI avant leur soixante-cinquième anniversaire. Les communautés sont donc uniquement compétentes pour l'APA lorsqu'elle concerne des personnes dont le handicap est reconnu à partir de leur soixante-cinquième anniversaire. Elles peuvent toutefois aussi octroyer un complément à l'APA fédérale aux personnes dont le handicap était reconnu plus tôt<sup>115</sup>. Le texte n'explique pas plus avant pourquoi la compétence relative à l'APA est ainsi scindée, ni en quoi la scission contribue à l'« homogénéisation » des compétences communautaires évoquée plus haut.

Se pose également la question de savoir si les communautés ne peuvent octroyer le complément aux personnes dont le handicap est reconnu avant leur soixante-cinquième anniversaire que dans les mêmes conditions que celles que l'autorité fédérale a fixées, ou si elles peuvent définir d'autres conditions pour ce complément et donc l'octroyer de manière sélective.

La nouvelle compétence partielle des communautés en matière d'APA inclut aussi les conditions d'octroi, ce qui signifie que les communautés peuvent se distancier des critères actuels en matière d'autonomie et, par exemple, harmoniser ces critères

(114) *Ibid.*, p. 52.

(115) *Ibid.*, p. 52.

avec ceux qui sont utilisés pour l'assurance soins et pour d'autres réglementations flamandes en matière de soins (l'échelle de profil BEL) ou l'échelle de Katz, utilisée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité fédérale. Quoi qu'il en soit, il faut espérer que cette situation n'entraînera pas une fragmentation supplémentaire des critères d'autonomie pour les personnes ayant besoin de soins.

Autre question encore : les communautés doivent-elles maintenir cette allocation comme étant liée au revenu ou la détacher entièrement de la situation des revenus ? Sachant que les travaux parlementaires mentionnent expressément que les « conditions d'attribution » relèvent de la compétence des communautés et ne renvoient pas à l'enquête sur les revenus comme élément essentiel de cette allocation, il est permis de supposer que les communautés peuvent entièrement détacher l'APA d'une enquête sur les revenus. Le « *groenboek* » flamand envisage par ailleurs déjà quelques alternatives : maintien de l'APA sous une forme modifiée, intégration à l'assurance soins flamande ou différenciation selon que l'ayant droit séjourne à domicile ou dans une institution<sup>116</sup>.

### 2.3. LES AIDES A LA MOBILITE

L'autorité fédérale a financé une série d'aides à la mobilité pour les personnes handicapées par l'entremise de l'assurance maladie-invalidité<sup>117</sup>, à côté du financement des aides à la mobilité par les communautés dans le cadre de leur compétence en matière de politique des personnes handicapées<sup>118</sup>. Deux autorités étaient donc compétentes pour les aides à la mobilité, chacune sur base de ses compétences respectives. Cette situation a changé, puisque toutes les initiatives en matière d'aides à la mobilité proviendront désormais des communautés.

L'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale précise que l'objectif consiste à créer un guichet unique pour l'ensemble des aides à la mobilité disponibles pour une personne handicapée<sup>119</sup>. En réalité, ici encore et tout comme dans l'organisation des soins de santé de première ligne et des initiatives en matière de soins de santé préventifs, il s'agit du transfert d'une série d'instruments financiers institués dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, en partant de la considération que ces

(116) Livre vert sur la sixième réforme de l'Etat de la Communauté flamande, *Doc. parl.*, Parlement flamand, 2013-14, n° 2185/1, pp. 205-212.

(117) Voir article 28, §8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.*, 19 septembre 1984.

(118) Voir, en ce qui concerne la Communauté flamande, l'arrêté du gouvernement flamand du 13 juillet 2001 fixant les critères, les conditions et les montants de référence des interventions d'assistance matérielle individuelle à l'intégration sociale des personnes handicapées, *M.B.*, 20 novembre 2001. L'exposé des motifs donne à titre d'exemple une deuxième voiturette roulante, de l'équipement de commande, ainsi que des frais d'entretien et de réparation (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 51).

(119) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 7.

instruments de financement n'avaient que peu de choses à voir avec l'essence d'une assurance maladie-invalidité et qu'il valait mieux les développer dans le cadre des compétences communautaires existantes, en l'occurrence concernant la politique des personnes handicapées.

Tout comme le transfert de compétence évoqué plus haut en matière de revalidation *long term care*, l'objectif du législateur spécial semble avoir été de transférer la totalité de la compétence en matière d'aides à la mobilité, de sorte qu'il faille admettre que l'autorité fédérale n'est plus compétente pour pourvoir au financement des aides à la mobilité des personnes handicapées<sup>120</sup>.

### 3. LE FINANCEMENT DES NOUVELLES COMPÉTENCES

Les compétences nouvellement transférées aux communautés en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées sont, comme de coutume, financées par des dotations prévues dans la loi spéciale de financement et fondées sur un montant de base qui coïncide en principe avec les dépenses budgétaires correspondantes de l'autorité fédérale<sup>121</sup>.

Pour les transferts de compétence concernant la politique de santé ayant trait aux soins aux personnes âgées, ainsi que pour le transfert de l'APA, il est prévu un montant de base de 3.339.352.178 EUR (exercice budgétaire 2013) qui, au terme d'une brève période de transition, sera indexé à partir de l'exercice budgétaire 2016, en corrélation avec l'évolution du nombre d'habitants âgés de plus de 80 ans et partiellement adapté à la croissance réelle du produit national brut (PNB). Ce montant de base est réparti entre les Communautés française, flamande et germanophone et la Commission communautaire commune en fonction du nombre d'habitants âgés de plus de 80 ans des régions linguistiques respectivement francophone, néerlandophone et germanophone et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale<sup>122</sup>. La question se pose ici de savoir si, dans cette situation, la Commission communautaire commune ne perçoit pas des ressources supérieures aux dépenses qu'elle encourt, étant donné que la Communauté flamande, d'une part, et la Communauté française et la Commission communautaire française, d'autre part, ont également des institutions de soins dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

(120) P. Hannes, *Wat betekent de zesde staatsvorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?*, *op. cit.*, pp. 370-371 semble adopter le même point de vue.

(121) Voir à ce sujet et plus en détails *ibid.*, pp. 393-398.

(122) Article 47/17 LSF et article 58quinquies de la loi du 31 décembre 1983 de réformes institutionnelles pour la Communauté germanophone., *M.B.* 18 janvier 1984 (ci-dessous : « Loi Com. germ. »). Voir aussi l'exposé des motifs du projet ayant donné lieu à ces dispositions, *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 53-2974/1, pp. 53-55 et *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3273/1, pp. 19-21.

Les nouvelles compétences des communautés en matière d'investissement dans l'infrastructure et de services médico-techniques (les sous-parties A1 et A3 du budget des ressources financières) sont financées au moyen d'un montant de base de 566.185.617 EUR qui, au terme d'une brève période de transition, sera indexé à partir de l'exercice budgétaire 2017 et partiellement adapté à la croissance réelle du PNB<sup>123</sup>. Le montant de base est réparti à concurrence de 84,40 pour cent (la partie dite non académique) entre les Communautés française, flamande et germanophone et la Commission communautaire commune sur la base des chiffres de la population<sup>124</sup>, et de 15,60 pour cent (la partie dite académique) entre les Communautés française et flamande, également sur la base des chiffres de leur population, avec une répartition forfaitaire de 20/80 pour cent dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ici encore, on peut se demander si la Commission communautaire commune ne perçoit pas des ressources supérieures à ses dépenses.

Le financement des investissements dans l'infrastructure et des services médico-techniques n'entre en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, car le « calendrier de construction » actuel court encore jusque fin 2015. Une réglementation transitoire est prévue pour le financement qui peut encore être imputé dans le calendrier de construction actuel<sup>125</sup>. Comme nous l'avons déjà observé en commentant le transfert de compétence concerné, la possibilité de conclure des accords de coopération asymétriques pour la reconversion de lits d'hôpitaux compensée par une admission dans les institutions de soins pouvant être rangées sous la compétence de la ou des communautés concernées a été expressément prévue<sup>126</sup>.

Les autres compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées sont financées par des montants de base distincts pour les Communautés française, flamande et germanophone ainsi que pour la Commission communautaire commune; au terme d'une brève période de transition, ils seront indexés à partir de l'exercice budgétaire 2016 et partiellement adaptés à la croissance réelle du PNB<sup>127</sup>. Les montants de base seront adaptés à la proportion respective des chiffres de la population<sup>128</sup>.

(123) Article 47/9, §1 à 3, LSF et article 58*septdecies* Loi Com. germ. Voir aussi *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 53-2974/1, pp. 57-59 et *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3273/1, pp. 23-25.

(124) Il est entendu que tout comme nous venons de l'esquisser pour le financement des nouvelles compétences en matière de soins aux personnes âgées, seules les régions linguistiques francophone et néerlandophone entrent en ligne de compte pour les Communautés française et flamande, et la région bilingue de Bruxelles-Capitale pour la Commission communautaire commune.

(125) Article 47/9, §4, LSF.

(126) Article 47/9, §5, LSF.

(127) Article 47/8 de la LSF et article 58*sexdecies* Loi Com. germ. Voir aussi *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 53-2974/1, pp. 55-57 et *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 53-3273/1, pp. 21-23.

(128) Il est entendu que tout comme nous venons de l'esquisser pour le financement des nouvelles compétences en matière de soins aux personnes âgées, ainsi que de la partie non académique des investissements dans l'infrastructure et les services médico-techniques, seules les régions linguistiques francophone et néerlandophone entrent en ligne de compte pour les Communautés française et flamande, et la région bilingue de Bruxelles-Capitale pour la Commission communautaire commune.



Une réglementation de transition s'est appliquée pour les dépenses dans les matières nouvellement transférées pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 1<sup>er</sup> janvier 2015<sup>129</sup>.

#### **4. L'EXERCICE DES NOUVELLES COMPETENCES PAR LES COMMUNAUTES**

L'exercice des nouvelles compétences décrites ci-dessus par les communautés suscite des complications juridiques sur plusieurs plans. Premièrement, la manière dont les compétences sont délimitées dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale entre la Communauté flamande, la Communauté française, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune n'est pas des plus claires. Malheureusement, les travaux parlementaires n'apportent que peu de clarté sur ce point, au contraire (4.1.). Deuxièmement, une concertation et une collaboration entre les diverses autorités seront souvent requises, même dans les cas où elles ne seraient pas légalement obligatoires (4.2.). Troisièmement, des complications technico-législatives surgissent également, entre autres du fait que les règles de droit fédérales existantes n'ont été que partiellement transférées aux communautés (4.3.).

#### **4.1. LA MISE EN ŒUVRE DANS LA REGION BILINGUE DE BRUXELLES-CAPITALE**

##### **4.1.1. Une compétence exclusive de la Commission communautaire commune ?**

Dans son avis sur la proposition de loi spéciale, le Conseil d'Etat a évoqué les complications qu'entraîne l'exercice de la compétence communautaire dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Il rappelle que conformément à l'article 128, §2 de la Constitution, les Communautés française et flamande ne sont compétentes que vis-à-vis des institutions qui, de par leur organisation, doivent être considérées comme relevant exclusivement de l'une ou de l'autre communauté. Les autres institutions (dites bicommunautaires) tombent sous la compétence de la Commission communautaire commune. Par ailleurs, les communautés ne peuvent attribuer de droits ou d'obligation aux personnes, sauf lorsque celles-ci peuvent être considérées dans certaines circonstances comme des institutions (unicommunautaires)<sup>130</sup>.

Curieusement, pour plusieurs aspects des transferts de compétence en matière de soins de santé et d'assistance aux personnes handicapées, l'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale part du principe d'une certaine répartition des compétences entre les Communautés flamande et française et la Commission communautaire

(129) Article 47/77, §5, LSF.

(130) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 10-15. Voir aussi J. Lievens, « Brussel volgens de zesde staatshervorming: *formidable of fort minable?* », in A. Alen et al. (éds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, *op. cit.*, pp. 277-304 et J. Velaers, « Brussel in de zesde staatshervorming », in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters et W. Vandenbruwaene (éds.), *De zesde staatshervorming*, *op. cit.*, pp. 1003-1008.

commune, comme s'il était fixé d'avance que ces compétences ne peuvent s'exercer que d'une manière qui présuppose, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, la compétence de la Commission communautaire commune<sup>131</sup>.

C'est notamment le cas pour le financement des cercles de médecins généralistes par le biais du Fonds Impulseo<sup>132</sup>, alors qu'il est concevable que la Communauté flamande et/ou la Commission communautaire française conçoivent le financement comme un financement bénéficiant à une pratique de médecine générale pouvant être considérée comme une institution unicommunautaire. En outre, ce sont précisément ces cercles de médecins généralistes que l'exposé des motifs énumère comme des institutions de ce type.

Pour une des initiatives transférées en matière de soins de santé préventifs également (les consultations de sevrage tabagique), l'exposé des motifs de la proposition de loi spéciale pose que la Commission communautaire commune serait compétente<sup>133</sup>. Ici encore, on a du mal à comprendre pourquoi ces consultations ne seraient d'office organisées que par des personnes physiques ou des institutions bicommunautaires.

Pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), le texte pose également que la Commission communautaire commune serait exclusivement compétente dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale<sup>134</sup>, alors que l'on ne voit pas, pour cette compétence, pourquoi la Commission communautaire française et la Communauté flamande ne pourraient pas exercer de compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ainsi, du côté flamand, il a été tenu compte de la possibilité d'une intégration dans l'assurance soins flamande, en dépit des caractéristiques différentes des deux allocations<sup>135</sup>.

Le Conseil d'Etat a observé à juste titre, par rapport à ces trois cas de figure, que seule une disposition expresse dans la loi spéciale en application de l'article 128, §2 de la Constitution, permet de réserver une matière communautaire donnée dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale à la Commission communautaire commune<sup>136</sup>. A défaut d'une telle disposition, il ne peut être exclu d'avance que des matières

(131) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 6-8.

(132) *Ibid.*, pp. 6-7.

(133) *Ibid.*, pp. 6-7.

(134) *Ibid.*, pp. 6-7.

(135) Voir P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, p. 369 et P. Degadt, De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn, *op. cit.*, p. 412, ainsi que le livre vert flamand sur la sixième réforme de l'Etat, *Parl. parl.*, Parlement flamand, 2013-14, n° 2185/1, pp. 205-212.

(136) Cette voie a été empruntée pour les prestations familiales (voir article 63, deuxième alinéa, de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises [ci-dessous : « LIB »], *M.B.*, 14 janvier 1989), comme l'acte d'ailleurs le Conseil d'Etat dans son avis (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 15-16).

réglées selon une « logique de droits individuels » au niveau fédéral ne puissent être exercées par les communautés selon une « logique institutionnelle », sachant que les institutions uncommunautaires peuvent elles aussi jouer un rôle conformément à l'article 128, §2, de la Constitution<sup>137</sup>. Dans ce cadre, nous pouvons rappeler que les communautés peuvent « atteindre » les personnes vivant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale en passant par des institutions uncommunautaires, mais qu'elles ne peuvent leur imposer aucune obligation, seule la Commission communautaire commune étant habilitée à le faire<sup>138</sup>.

Les travaux parlementaires de la loi spéciale s'étendent en détail sur la compétence exclusive (ancrée expressément dans la loi spéciale) de la Commission communautaire commune vis-à-vis des prestations familiales dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, mais n'examinent pas les objections du Conseil d'Etat mentionnées ci-dessus. Plus encore, le secrétaire d'Etat se contente de reprendre telle quelle l'énumération non motivée des cas que nous venons de citer et dans lesquels la Commission communautaire commune aurait manifestement par la nature des choses une compétence exclusive, sans un mot au sujet des objections du Conseil d'Etat en la matière<sup>139</sup>.

En conclusion, la discussion sur la répartition des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale est tout sauf close, et tout dépendra de la manière dont la Communauté flamande, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune souhaitent exercer leurs nouvelles compétences<sup>140</sup>. Même si la Commission communautaire commune élabore pour ces matières une réglementation destinée à avoir valeur universelle dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, cela ne pourra réellement advenir que par la grâce de la Commission communautaire française et de la Communauté flamande, qui devront s'abstenir d'agir dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Il restera à déterminer si cette manière d'agir est conciliable avec le principe d'égalité<sup>141</sup>.

#### 4.1.2. Une compétence commune aux communautés et à la Commission communautaire commune ?

Le Conseil d'Etat a également émis diverses observations au sujet de l'exercice des nouvelles compétences communautaires en matière de professions des soins de santé

(137) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 16-17.

(138) Voir l'avis du Conseil d'Etat 34.339/AV du mardi 29 avril 2003, *Doc. parl.*, Sénat, 2002-2003, n° 1709/1, pp. 156-157.

(139) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 237-238.

(140) Voir dans ce cadre l'article de Mathieu Dekleermaker et de Laurie Losseau dans ce numéro.

(141) Dans la mesure où la Communauté française ou flamande élaborerait, dans la région linguistique francophone ou néerlandophone, une réglementation plus favorable que celles dont bénéficient les habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui pourraient se tourner vers les institutions uncommunautaires.

dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. L'exposé des motifs mentionne en effet que tant les Communautés française et flamande que la Commission communautaire commune peuvent être compétentes selon qu'il s'agit d'institutions unicommunautaires ou bicommunautaires<sup>142</sup>. Le Conseil d'Etat a estimé qu'il fallait préciser quand l'une ou l'autre de ces trois autorités était compétente<sup>143</sup>. On peut même se demander quel rôle la Commission communautaire commune peut jouer ici lorsque, comme le Conseil d'Etat l'a lui-même relevé, la loi spéciale se contente d'évoquer la possibilité pour l'autorité fédérale de déterminer « par communauté » combien de prestataires de soins de santé peuvent être agréés.

Dans le rapport de commission du Sénat, les représentants des partis de la majorité institutionnelle ont répliqué qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'Etat, les personnes physiques peuvent être considérées comme des institutions si elles font preuve d'une certaine organisation de nature stable et qu'il y a donc de la marge pour l'exercice d'une compétence résiduaire par la Commission communautaire commune. En même temps, il est constaté que « chaque communauté [sera] compétente pour fixer son contingentement, le cas échéant dans le respect du nombre global que l'autorité fédérale peut fixer annuellement par communauté pour l'accès à chaque profession des soins de santé »<sup>144</sup>.

Ces propos ne font rien pour éclaircir la question. Une question préalable consiste à savoir comment l'autorité fédérale élaborera le contingentement global des prestataires. Si le contingentement est élaboré entièrement sur une base régionale ou par région linguistique (par exemple en attribuant entièrement le contingent pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale à la Commission communautaire commune), ce serait à contre-pied de la loi spéciale, qui prescrit clairement que ce contingentement doit s'élaborer « par communauté ». En revanche, si le contingentement global est réparti entre les trois communautés, comme il faut le déduire de la loi spéciale d'après le Conseil d'Etat, se pose la question de savoir comment les Communautés flamande et française pourront exercer leur compétence d'agrément dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Il semble en effet convenu que l'agrément des prestataires de soins de santé se rapporte à ces prestataires en tant qu'individus et non en tant qu'institutions (de soins). Il s'ensuit que si la Communauté française et la Communauté flamande veulent exercer une compétence d'agrément et de contingentement dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, elles devront créer ou agréer chacune leur propre institution unicommunautaire qui attribue les agréments. La question du domaine d'application territorial du contingentement propre que les communautés peuvent fixer sous la forme de sous-quotas pour certaines spécialités

---

(142) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 7.

(143) *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, p. 19.

(144) *Doc. parl.*, Sénat, 2013-2014, n° 5-2232/5, pp. 246-247.

se pose également. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, beaucoup de choses dépendront de la manière dont l'autorité fédérale organisera le contingentement global<sup>145</sup>.

#### 4.1.3. La fonction de guichet unique pour les aides à la mobilité

Concernant les aides à la mobilité pour personnes handicapées, la loi spéciale prévoit expressément que les Communautés française et flamande ainsi que la Commission communautaire commune doivent conclure un accord de coopération concernant la création d'un guichet unique à l'intention des personnes handicapées pour la gestion des aides à la mobilité « et les autres aides de même nature »<sup>146</sup> dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Dans l'attente de cet accord de collaboration, les services compétents de la Commission communautaire française et de la Communauté flamande (respectivement PHARE et VAPH) attribuent aussi les aides conformément à l'éventuelle réglementation de la Commission communautaire commune, qui rétribue les deux communautés en contrepartie<sup>147</sup>.

#### 4.2. LA COOPERATION : PLUS QUE JAMAIS NECESSAIRE

Le législateur spécial a prévu de nouvelles formes obligatoires de coopération concernant les nouveaux transferts de compétences en matière de soins de santé et d'assistance aux personnes handicapées.

Les communautés et l'autorité fédérale doivent conclure un accord de coopération portant sur un « Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en matière de soins de santé », qui réglerait à la fois la composition et le financement de cet institut<sup>148</sup>.

Les communautés doivent également conclure un accord de coopération portant sur les échanges d'informations dans le cadre du contingentement des professions des soins de santé<sup>149</sup>.

(145) Dans ce contexte, voir aussi J. Velaers, « Brussel in de zesde staats hervorming », *op. cit.*, pp. 1008-1010.

(146) Ce dernier ajout résulte d'une remarque du Conseil d'Etat au sujet du texte original, qui se contentait d'évoquer les aides à la mobilité fédérales transférées et non les aides à la mobilité qui sont déjà attribuées par les communautés (voir *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 22-23).

(147) Article 63, troisième et quatrième alinéas, LIB. A ce sujet, voir aussi J. Velaers, « Brussel in de zesde staats hervorming », *op. cit.*, pp. 1012-1016, qui évoque une « sorte de fédéralisme d'exécution » dans lequel les services de la Communauté flamande et de la Commission communautaire française donnent exécution à une réglementation de la Commission communautaire commune.

(148) Article 92bis, §4septies, b), LRSI.

(149) Article 92bis, §4septies, b), LRSI.

Comme nous l'avons déjà signalé, les Communautés française et flamande ainsi que la Commission communautaire commune doivent conclure un accord de coopération portant sur une fonction de guichet unique dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale en matière de gestion des aides à la mobilité pour les personnes handicapées<sup>150</sup>.

Étant donné que la nouvelle répartition des compétences ne donnera pas non plus naissance à des paquets de compétences parfaitement homogènes sans aucun lien entre eux, la coopération dans divers secteurs est souhaitable, et à vrai dire, sans doute indispensable dans certains cas. Par exemple, dans le passé déjà, l'autorité fédérale et les communautés ont conclu plusieurs accords portant sur la politique des soins aux personnes âgées. Il n'est d'ailleurs pas indispensable que cette coopération passe uniquement par des accords de coopération; la concertation mutuelle ou la coordination des politiques peuvent suffire.

#### **4.3. QUELQUES ASPECTS TECHNICO-LEGISLATIFS DE L'EXERCICE DES NOUVELLES COMPETENCES**

Le transfert de nouvelles compétences aux communautés et régions a normalement trait à des (parties de) réglementations spécifiquement désignées ou visées. En conséquence, les communautés et les régions peuvent, chacune pour ce qui la concerne, les modifier, compléter, supprimer ou remplacer par une réglementation propre par voie de décret ou d'ordonnance. Les délégations au Roi dans les réglementations légales existantes peuvent, dans les faits, faire office de base juridique pour les arrêtés des gouvernements concernés. Les nouveaux transferts de compétences en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées présentent quelques variantes intéressantes sur ce thème classique.

L'élargissement des compétences des communautés en matière de normes d'agrément concernant les hôpitaux implique qu'il sera possible d'éviter, plus souvent que par le passé, qu'elles ne puissent modifier la loi sur les hôpitaux dans le cadre de leurs compétences<sup>151</sup>. Considérant également l'ambiguïté de la portée de ces compétences, il est toutefois assez improbable qu'elles élaborent une réglementation décrétalement autonome susceptible de remplacer partiellement la loi sur les hôpitaux, sauf peut-être pour les maisons de soins psychiatriques, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les initiatives d'habitations protégées, autrement dit les institutions de soins visées à l'article 170 de la loi sur les hôpitaux. Il pourra en revanche advenir plus souvent que des arrêtés royaux portant sur les normes d'agré-

---

(150) Article 63, troisième alinéa, LIB.

(151) A ce jour, ce n'est arrivé que pour quelques décrets de l'autorité flamande : décret du 13 juillet 2007 « houdende de opheffing van artikel 76 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 », *M.B.*, 16 août 2007, et les articles 27 à 36 du décret du 20 mars 2009 « houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin », *M.B.*, 6 avril 2009.

ment pour des (parties d')hôpitaux soient modifiés, complétés voire supprimés ou remplacés, pour autant que les « caractéristiques de base » évoquées plus haut dans cet article restent inchangées.

Dans le cadre de leurs nouvelles compétences en matière de financement des investissements dans l'infrastructure et des investissements dans l'appareillage médical lourd, les communautés peuvent désormais modifier les éléments pertinents de l'arrêté royal du 25 avril 2002<sup>152</sup>. Elles pourraient éventuellement élaborer leur propre réglementation pour ces sous-parties<sup>153</sup>.

Les transferts de compétences en matière de rééducation *long term care*, d'organisation des soins de santé de première ligne, d'initiatives en matière de soins de santé préventifs et d'aides à la mobilité pour les personnes handicapées concernent presque tous des réglementations relatives à des subsides ou allocations dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance maladie-invalidité. Les communautés ne peuvent appliquer telles quelles ces réglementations, et elles seront donc soit supprimées, soit remplacées par de nouvelles réglementations que les communautés pourront interpréter de manière entièrement différente. Dans un cas comme dans l'autre, un nouveau cadre juridique devra au besoin être mis sur pied par voie de décret ou d'ordonnance.

En examinant l'APA, nous avons déjà évoqué les complications technico-législatives susceptibles de survenir si les communautés venaient à modifier certains éléments de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ou ses arrêtés d'exécution, ou à les remplacer par leur propre réglementation. Ceci n'empêche pas que lorsqu'une communauté supprime une réglementation fédérale dont la portée dépasse celle des compétences communautaires concernées, cette suppression ne peut porter que sur les aspects de la réglementation qui correspondent à ces compétences<sup>154</sup>. Autrement dit, une suppression de la loi du 27 février 1987 et de ses arrêtés d'exécution par une communauté ne peut porter que sur les aspects de l'APA pour lesquels les communautés ont acquis la compétence.

(152) Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

(153) Plus précisément, les gouvernements communautaires, en exécution de l'article 105, §1 de la loi sur les hôpitaux, ou éventuellement en exécution d'une réglementation par décret ou ordonnance, qui restera alors à élaborer. Dans ce cas, la réglementation fédérale devrait être adaptée au fait qu'une sous-partie du budget des hôpitaux serait élaborée de manière autonome par certaines communautés.

(154) Voir le manuel de technique législative du Conseil d'Etat, recommandation 139.

## CONCLUSION

---

Il aura fallu plus de trente-quatre ans pour que la répartition des compétences en matière de soins de santé soit revisitée. D'une part, le législateur spécial a voulu fixer dans le texte une série de principes des travaux parlementaires de l'époque et de la jurisprudence du Conseil d'Etat ainsi que de la jurisprudence. D'autre part, il a clairement visé un important élargissement des compétences communautaires, tant sur le plan du principe que du budget.

Sur le principe, les compétences supplémentaires des communautés en matière de normes d'agrément pour les hôpitaux sont très importantes, mais en même temps, il est prévu une procédure se résumant à ce qu'après un rapport de la Cour des comptes, l'autorité fédérale doit approuver toute initiative communautaire, ce qui peut être considéré comme assez paternaliste au regard du principe d'autonomie.

Il existe aussi des transferts de compétence, principalement en matière de soins aux personnes âgées, qui sont importants du point de vue budgétaire : les montants de base de la loi spéciale de financement pour les transferts de compétences en matière de soins de santé et d'assistance aux personnes handicapées s'élèvent de ce fait à plus de 4,5 milliards EUR, ce qui n'est pas si éloigné du montant de 6,4 milliards EUR que représente le transfert de compétences des allocations familiales.

Après cette réforme de l'Etat, les compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées forment un tout un peu plus homogène, surtout en matière de soins de santé mentale, de soins aux personnes âgées et de soins de santé de première ligne.

Le transfert de compétences a été formulé en des termes relativement généraux, sachant que le détail est fourni dans l'exposé des motifs de la loi spéciale. Cette manière de procéder est compréhensible, car une répartition des compétences doit être suffisamment durable et ne peut être simplement formulée au moyen de réglementations existantes qui seront modifiées à relativement court terme. Néanmoins, la répartition des compétences adopte une formulation trop vague sur plusieurs points. Ainsi, quelques nouveaux termes généraux sont utilisés sans explication suffisante, par exemple « caractéristiques de base », et ils donneront lieu à des problèmes d'interprétation. D'autres compétences dont la délimitation n'est pas claire sont également abordées. A titre d'exemple, la revalidation *long term care* et les nouvelles compétences en matière de professions des soins de santé semblent porteuses de confusion pour l'avenir. Dans les prochaines années, la section de législation du Conseil d'Etat et la Cour constitutionnelle devront explorer cette nouvelle répartition des compétences et l'affiner si nécessaire.



Il ressort aussi de ce qui précède que l'application des nouvelles compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale est encore très ambiguë, et qu'elle dépendra principalement de la manière dont les nouvelles compétences seront exercées. Dans ce cadre, les auteurs du projet de loi spéciale ont envisagé pour la Commission communautaire commune un rôle plus large que ce qu'autorisent actuellement la Constitution et la loi spéciale, sans avoir voulu apporter à ces textes les adaptations indispensables à leur vision.

Dans de nombreux cas, une concertation plus étroite entre communautés et avec l'autorité fédérale sera à conseiller, et dans certains cas – sans tenir compte de ceux qui requièrent une coopération obligatoire – elle sera purement et simplement indispensable.

Un réaménagement de la répartition des compétences est un nouveau départ, avec de nouvelles possibilités et de nouveaux problèmes. L'on ne peut qu'espérer que la nouvelle répartition des compétences en matière de soins de santé et d'assistance aux personnes handicapées facilitera l'exercice d'une bonne politique au lieu de l'entraver, car les défis pour l'exercice d'une bonne politique sont suffisamment nombreux, qu'ils soient de nature technico-médicale ou démographique. En dépit de l'autonomie plus poussée que les communautés obtiennent sur ce plan, cette bonne politique reste une responsabilité commune de toutes les autorités.

*(Traduction)*

---

# TABLE DES MATIERES

## LES NOUVELLES COMPETENCES COMMUNAUTAIRES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE ET D'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPEES

<b>INTRODUCTION</b>	265
<b>1. LA MODIFICATION DES COMPETENCES EN MATIERE DE SOINS DE SANTE</b>	267
1.1. LES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTE.....	268
1.2. LES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTE .....	286
1.3. LES SOINS DE SANTE PREVENTIFS .....	289
1.4. D'AUTRES COMPETENCES ? .....	291
<b>2. LA MODIFICATION DES COMPETENCES EN MATIERE D'AIDE AUX PERSONNES</b>	292
2.1. GENERALITES .....	292
2.2. L'ALLOCATION D'AIDE AUX PERSONNES AGEES (APA) .....	293
2.3. LES AIDES A LA MOBILITE .....	294
<b>3. LE FINANCEMENT DES NOUVELLES COMPETENCES</b>	295
<b>4. L'EXERCICES DES NOUVELLES COMPETENCES PAR LES COMMUNAUTES</b>	297
4.1. LA MISE EN ŒUVRE DANS LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE .....	297
4.2. LA COOPERATION : PLUS QUE JAMAIS NECESSAIRE .....	301
4.3. QUELQUES ASPECTS TECHNICO-LEGISLATIFS DE L'EXERCICE DES NOUVELLES COMPETENCES .....	302
<b>CONCLUSION</b>	304