

A propos des compétences relatives aux matières « personnalisables » ...

I. Regard sur les réformes institutionnelles

La réforme de l'Etat engagée en 1970, réalisant un « mix » entre la logique « communautaire » défendue au Nord du pays et la logique « régionale » défendue au Sud, a débouché sur la reconnaissance de six entités fédérées : trois Communautés et trois Régions.

Le législateur établissait le principe d'étanchéité des compétences respectives des Communautés et des Régions¹, tout en permettant néanmoins aux institutions communautaires d'exercer des compétences régionales selon des modalités à fixer par une loi spéciale².

La loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, approfondissant la réforme de l'Etat, a défini de manière précise **les matières personnalisables** attribuées aux Communautés.

Suivant leur logique communautaire, les Flamands ont alors utilisé la latitude laissée par le législateur pour réaliser une fusion de leurs institutions, par voie d'« absorption ». La loi spéciale du 8 août 1980 a autorisé la Communauté flamande à régler également les matières régionales.

Dès ce moment, la Région flamande est en quelque sorte devenue « virtuelle ».

¹ Article 39 de la Constitution.

² Article 137 de la Constitution.

Les matières personnalisables touchent à la vie des personnes et à leur relation avec les services publics qui les concernent.

Parmi elles, le législateur a distingué deux domaines :

La politique de la santé comprenant :

- la dispensation des soins ;
- l'éducation à la santé et la médecine préventive (à l'exception des mesures de prophylaxie restées de compétence fédérale).

La politique de l'aide aux personnes comprenant :

- la politique familiale ;
- la politique d'aide sociale, à l'exception des matières restées fédérales c'est-à-dire :
 1. la fixation du montant minimum des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti,
 2. le droit de toute personne à l'aide sociale ;
- la politique d'accueil et d'intégration des immigrés ;
- la politique des handicapés ;
- la politique du 3^{ème} âge ;
- la protection de la jeunesse, à l'exception des compétences restées fédérales c'est-à-dire :
 1. les règles du droit civil relatives au statut des mineurs et de la famille,
 2. les règles de droit pénal établissant les infractions contrevenant à la protection de la jeunesse, les sanctions et règles de poursuites ;
- l'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale.

La réforme de 1988, par la création de la Région de Bruxelles-Capitale en tant qu'entité fédérée à part entière, a concrétisé une avancée de la logique régionale, tempérée toutefois par le renforcement parallèle de la Communauté du fait de la communautarisation de l'enseignement.

La loi spéciale de 1993 a modifié un aspect fondamental de la politique de l'aide sociale en transférant aux Communautés la compétence fédérale de détermination des règles organiques des CPAS.

Les difficultés budgétaires de la Communauté française, incapable de supporter le coût de son enseignement ont ensuite conduit aux accords de la St Quentin, tournant important dans l'exercice des compétences communautaires.

En juillet 1993, la Communauté française adoptait **deux décrets d'habilitation** - pris en vertu de l'article 138 de la Constitution - **consacrant son affaiblissement**. Elle transférait en effet l'exercice de l'essentiel de ses compétences relatives aux matières personnalisables - et plus accessoirement aux matières culturelles et à l'enseignement - à la Région wallonne d'une part, à la Commission communautaire française d'autre part.

En ce qui concerne les matières personnalisables

La Communauté française a conservé l'exercice des compétences relatives à :

- la protection de la jeunesse,
- l'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale,
- l'ONE,
- la définition des catégories de personnes handicapées prises en charge,
- l'éducation sanitaire,
- les activités et services de médecine préventive,
- et, en ce qui concerne la santé curative, uniquement les hôpitaux universitaires, l'Académie royale de médecine et les missions relevant de l'ONE.

↳ **En 2008, cela représente globalement un peu plus de 450 millions de dépenses au sein du budget de la Communauté française de l'ordre de 8 milliards.**

La Communauté française a transféré aux institutions régionales l'exercice de ses compétences relatives à :

- **la santé curative**
 - la programmation, l'agrément et la subsideation des institutions de soins et des organismes dispensant des soins extra-muros,
 - la législation et la réglementation organiques concernant les centres de coordination de soins et services à domicile, les centres de santé intégrés, les services de santé mentale et les services de télé-accueil ;
- **la politique de l'aide aux personnes**
 - la politique familiale : aide aux familles et aux personnes âgées et les centres de planning familial,
 - la politique d'aide sociale :
 - CPAS
 - Centres de service social (y compris la compétence en matière de législation organique et réglementation),
 - la politique d'accueil et d'intégration des immigrés et des jeunes d'origine étrangère,
 - la politique relative aux personnes handicapées,
 - la politique du 3^{ème} âge relative à l'agrément et subsideation des infrastructures des MR et services d'accueil de jour pour personnes âgées.

↳ **En 2008, cela représente 723 millions de dépenses au sein du budget de la Région wallonne de l'ordre de 3,4 milliards d'€.**

Depuis cette réforme, la distinction entre Régions et Communautés est devenue bancale. Plusieurs entités fédérées interviennent sur un même territoire, sauf en région de langue flamande, et la situation s'avère particulièrement complexe dans la Région de Bruxelles-Capitale.

De plus, en raison de difficultés budgétaires, la Communauté française - ne possédant aucun pouvoir fiscal - s'est tournée vers les Régions pour obtenir un soutien supplémentaire, indispensable au développement des politiques sociales relevant encore de ses compétences.

II. Focus sur les matières personnalisables non transférées par la Communauté française³

1. Aide à la jeunesse

Budget 2008 : 227.688.000 €

Deux axes prioritaires globaux :

- Mise en place de structures et processus qui réduisent l'émergence de situations de danger et de délinquance juvénile.
- Prise en charge des situations de danger et/ou difficultés actuelles et réaction face aux mineurs qui commettent des délits.

Intervention préventive

- AMO, SAJ, SPJ : moyens supplémentaires pour recentrer les missions sur l'aide individuelle et sur le développement d'actions visant à répondre aux difficultés locales rencontrées par les jeunes et leurs familles dans leur environnement.
- Développement complet et agrément de 12 services (SAS) chargés de répondre de manière individuelle aux situations de décrochage scolaire.

Accompagnement éducatif

Renforcement des structures permettant la prise en charge d'urgence et de crise, moyennant la création de plusieurs centaines de places supplémentaires.

Accompagnement des mineurs délinquants

Création d'une section fermée permettant la prise en charge de 87 situations supplémentaires.

Promotion de l'accueil familial

³ N.B. : Pour chacune des matières sont pointées les dépenses prévues au budget 2008 et les priorités politiques défendues par la ministre de tutelle lors de la confection du budget.

2. Enfance

Budget 2008 : 183.232.000 €

Missions de l'ONE (182.500.000 €)

- accompagnement des familles
- accueil des enfants 0-3 ans
- accueil extrascolaire
- centres de vacances
- écoles de devoirs
- formation continue des professionnels de l'accueil et des bénévoles
- équipes SOS enfants

Soutien d'initiatives spécifiques (ex. : service d'accueil téléphonique)

Cofinancement de la Commission nationale des droits de l'enfant née en 2007 d'un accord de coopération entre les entités.

Subvention d'équipement et matériel pédagogique en faveur des milieux d'accueil de la petite enfance ou extrascolaire non subventionnés par l'ONE, créateurs de nouvelles places (non subventionnées).

3. Santé

Budget 2008 : 38.630.000 €⁴

a) Prévention et promotion de la santé : 20.415.000 € (hors vaccinations)

- Programme de vaccinations (12.057.000 €)

- Dans le cadre des recommandations du Conseil supérieur de la santé, **prise en charge de l'achat des vaccins conformément au protocole d'accord : 1 / 3 du prix à charge de la CF, 2 / 3 du prix à charge de l'INAMI (budget en forte augmentation).**
- Financement du programme interuniversitaire PROVAC visant la cohérence politique en matière de vaccination par la coordination de l'action des partenaires de la vaccination (DG santé, ONE/PSE/PMS, médecins généralistes et pédiatres).

⁴ Hors hôpitaux universitaires.

- **Prévention des assuétudes**

Deux stratégies complémentaires – la prévention dans les milieux de vie et la réduction des risques – visent tous les comportements menant à une forme de dépendance : drogues licites et illicites, addictions aux jeux ou à internet.

- **Actions de prévention dans les milieux de vie** visant plus précisément à renforcer l'information et la prévention à partir de structures de proximité des jeunes.

La Communauté entend mobiliser ses compétences en termes de promotion de la santé et d'enseignement en vue de favoriser la collaboration entre les écoles et les structures spécialisées en prévention des assuétudes.

Un transfert annuel de moyens de l'enseignement vers la santé couvre 50 % des financements.

- **Actions menées dans le cadre de la réduction des risques** visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de psychotropes : promouvoir la santé des usagers des drogues, les responsabiliser, réduire leurs risques de santé et leur exclusion sociale, renforcer les mesures de réduction des dommages causés par l'usage des drogues.

- **Prévention du SIDA et MST**

Actions spécifiques et campagnes médiatiques en faveur du grand public et en particulier des jeunes, et par ailleurs des publics particulièrement vulnérables avec pour objectifs :

- diminuer l'incidence et la prévalence des MST et particulièrement du VIH,
- réduire la vulnérabilité des différents publics,
- lutter contre les discriminations.

- **Prévention des cancers⁵**

- **Dépistage du cancer du sein** dans le cadre du protocole d'accord du 25 octobre 2000 entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions.

- **Dépistage du cancer colorectal**

Compte tenu du bénéfice reconnu d'un dépistage systématique des patients asymptomatiques à partir de 50 ans, proposition (démarrage prévu en 2009) visant à garantir la gratuité du dépistage au public 50-74 ans (1.110.000 personnes en CF).

- **Participation au financement du registre du cancer** (engagement pris en 2006).

⁵ **1.700.000€** en 2008, soit un budget en augmentation de 60%.

- **Prévention des maladies cardio-vasculaires**

- Dans le cadre d'un **plan commun avec la ministre de l'enseignement et celui des sports** développement de la promotion de l'alimentation saine et la prévention du tabagisme.
- **Promotion de la détection des différents facteurs de risque** et développement de la prévention des pathologies au travers d'une stratégie définie par la coordination d'experts.

- **Prévention de la tuberculose**

- En concertation avec les inspecteurs de la FARES, développement d'un plan d'action à l'égard de 4 groupes identifiés « à risque » : les prisonniers, les demandeurs d'asile, les jeunes enfants fréquentant les consultations ONE et les enfants en milieu scolaire.
- Encadrement spécifique des SEPPT pour optimiser les dépistages parmi le personnel des centres d'accueil pour demandeurs d'asile est prévu.

- **Prévention des traumatismes**

- Prévention des traumatismes chez les jeunes enfants et développement des approches communautaires de la sécurité au sein des communes.
- Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans.
Notamment par la sensibilisation des professionnels de la santé (médecins généralistes, pédiatres, services de soins à domicile...) et collaborations avec les différents secteurs concernés (ONE, CRIOC, compagnies d'assurance en ce qui concerne les traumatismes scolaires...).

- **Santé environnementale**

- Présidence du NEHAP.
- Création d'un pôle d'expertise en santé environnementale, en application de la convention liant la CF à l'ISSP.

- **Dépistage des maladies métaboliques**

- Dépistage néonatal des maladies métaboliques congénitales et des hypothyroïdies congénitales.

- **Dépistage de la surdité néonatale**

- Création d'un centre de référence en appui du dépistage systématique de la surdité néonatale selon le protocole élaboré par des spécialistes.
- Intervention à raison de 5€ par enfant pour un coût demandé aux parents ne pouvant dépasser 10€.

- **Enquête de santé par interview**

- Participation à la nouvelle enquête de santé par interview lancée pour une période de 5 ans dans un cadre recommandé par la Commission européenne.

b) Promotion de la santé à l'école : 17.958.000€

Fonctionnement des services PSE, calculé sur base de la population des établissements scolaires sous tutelle des services PSE.

4. Aide sociale spécialisée

Budget 2008 : 1.780.000€ (0,18% du budget)

- Subsidés aux services agréés d'aide sociale aux détenus et services liens.
- Subsidés en faveur de l'aide aux détenus.

III. Réflexions

En matière de santé, le résultat des réformes institutionnelles laisse sceptique.

Tant la santé publique que les finances de la sécurité sociale auraient tout à gagner d'une politique de santé intégrée axée en priorité sur le développement de la prévention des maladies et comportements à risques.

Il faut bien constater que la division des compétences - maintien au niveau de l'État fédéral des compétences (réglementation + sécurité sociale) relatives à la santé « curative », transfert aux Communautés des compétences relatives à la promotion de la santé et à la prévention -, résultat des réformes institutionnelles successives, n'est pas vraiment un modèle d'efficacité et d'efficience.

L'assurance-maladie, fédérale, couvre uniquement les actes « curatifs », ce qui ne contribue pas à développer chez les médecins, toujours très majoritairement payés à l'acte⁶, une approche globale de la santé du patient.

L'emballlement des dépenses (les acteurs ayant intérêt à la multiplication des actes) a contraint à la mise en œuvre de mécanismes de maîtrise portant sur le volume d'actes et, par ailleurs, la « responsabilisation » du patient.

La Communauté française a, pour sa part, hérité de la compétence en matière de prévention sans avoir les moyens de développer une politique ambitieuse.

Quand bien même, en raison de l'intérêt général majeur d'une politique de prévention, elle déciderait d'investir dans des actions/campagnes de prévention, elle ne pourrait, en raison de la division des compétences, bénéficier de l'effet retour de son action en termes budgétaires. Les moindres dépenses en soins de santé découlant d'une amélioration de la santé publique profiteraient au budget de l'assurance-maladie.

⁶ À l'exception des médecins travaillant en maisons médicales « au forfait ».

Il ne faut pas s'étonner dès lors, dans une Communauté privée de tout pouvoir fiscal, que les moyens destinés à la promotion de la santé et à la prévention restent bien maigres et se limitent essentiellement à la mise en œuvre d'obligations découlant des accords de coopération⁷.

Le problème se pose dans les mêmes termes par rapport aux compétences dont l'exercice a été transféré par la Communauté aux Régions.

Si la Région wallonne décide de développer des politiques ambitieuses, par exemple en matière de santé mentale ou de planning familial, au bénéfice de la santé de sa population, elle doit dégager les moyens au sein de son budget. Les économies réalisées en aval, sous forme par exemple d'une réduction du nombre de prises en charge psychiatrique lourdes, bénéficieront par contre au seul budget fédéral.

La Flandre, capable d'investir considérablement dans la prévention, souhaite évidemment bénéficier d'un « juste retour » et revendique de longue date la communautarisation des soins de santé dans le cadre de la recherche d'une homogénéisation des compétences.

Une version plus « light » - peut-être considérée par certains comme plus « acceptable »⁸ -, non moins dangereuse pour les francophones, serait la « responsabilisation » des Communautés par rapport aux actions relevant de leurs compétences en matière de prévention.

Le problème engendré par la division des compétences en matière de santé est fondamental dépassant largement les querelles communautaires par rapport aux moyens investis.

La surveillance de la santé des bébés dans le cadre des consultations ONE constitue un bel exemple de l'absurdité à laquelle cela a mené.

La faiblesse du niveau de rémunération⁹ des médecins pour les prestations réalisées dans le cadre des consultations de nourrissons organisées par l'ONE explique la carence de candidats à la fonction. Dans le même temps, l'interdiction pour les médecins de poser, dans le cadre de ces consultations ONE - de « surveillance de santé » -, des actes médicaux couverts par l'assurance-maladie (exemple : prescriptions), conduit à exclusion de l'accès aux soins des enfants de familles défavorisées.

- **Une réforme de l'assurance-maladie pour intégrer - moyennant investissement - la prévention dans la couverture « soins de santé »¹⁰, conduirait - à terme - à une maîtrise « naturelle » des dépenses en soins de santé et aurait pour effet immédiat de rétablir l'égalité de traitement dans le cadre de la solidarité interpersonnelle. Une telle avancée collective doit-elle être définitivement considérée comme « onbespreekbaar » ????**

⁷ On pointera par exemple, l'absence totale de la Communauté française sur le terrain de la surveillance de la santé des travailleurs, relevant pourtant de ses compétences !

⁸ Vu le précédent en matière de chômage.

⁹ Malgré le relèvement de ces honoraires intervenu ces dernières années.

¹⁰ En conformité avec l'approche de la santé définie par l'OMS.

- **L'intégration d'une formation à la santé (promotion d'un comportement sain, prévention des accidents, informations sur les risques professionnels) dans le cursus scolaire et, par ailleurs, l'intégration, au sein des dispositifs mis en place par les villes et communes¹¹, d'actions visant les publics spécifiquement considérés « à risques » conduiraient sans doute à assurer la cohérence politique tout en simplifiant les dispositifs.**

En matière de politique d'accueil des enfants, la division des compétences entrave le nécessaire développement de l'offre d'accueil.

La politique de l'enfance, matière personnalisable relève des compétences communautaires. Le lien direct entre l'existence d'une offre d'accueil des enfants et l'accès des femmes au marché de l'emploi, voire plus globalement l'égalité hommes/femmes, engage cependant la responsabilité conjointe de tous les niveaux de pouvoir pour en assurer le développement :

- L'Etat fédéral, compétent en matière de politique d'emploi (conciliation des vies professionnelle et privée) et de sécurité sociale.
- Le gouvernement communautaire, compétent en matière de politique de l'Enfance, en ce compris l'offre d'accueil.
- Le pouvoir régional, compétent en matière de politique de développement des infrastructures d'accueil et de politique de l'emploi.

Indépendamment de la reconnaissance unanime de l'importance du développement de l'offre d'accueil, la division des compétences a permis durant de longues années un déni de responsabilité commune, inacceptable face au défi à rencontrer.

En 1971, les syndicats relayant les difficultés des travailleuses avaient revendiqué et obtenu une intervention de la sécurité sociale - via le secteur des allocations familiales et la création du FESC (Fonds d'équipements et de services collectifs) - dans le financement de l'accueil des enfants des salariés au sein des structures collectives.

En 1993, la Communauté française a transféré aux Régions l'exercice des compétences relatives aux infrastructures d'accueil collectif et aux maisons maternelles tout en conservant les missions de l'ONE, dont la réglementation et la programmation de l'offre d'accueil des enfants de 0-3 ans.

Compétente mais dépourvue de pouvoir fiscal, la Communauté française s'est très rapidement avérée incapable d'assumer le développement nécessaire de l'offre d'accueil. Elle a dès lors promotionné le développement de formules d'accueil moins onéreuses pour son budget : l'accueil à domicile (gardiennes) et l'accueil en MCAE (maisons communales d'accueil de l'enfance).

¹¹ Plan de prévention de proximité dans les villes et communes de Wallonie.

Les MCAE comptabilisent aujourd'hui près de 2.500 places d'accueil. Elles se sont développées essentiellement en Wallonie, vu le retard pris au niveau de la couverture des besoins. Elles se distinguent des crèches classiques uniquement par leur financement, assumé par les pouvoirs locaux (infrastructures et fonctionnement) et la Région (personnel d'encadrement ACS), la Communauté n'intervenant plus que de façon tout à fait résiduaire¹².

Les organisations syndicales, confrontées aux difficultés des travailleurs concernant non seulement l'accueil des tout-petits mais aussi l'accueil extrascolaire, ont, pour leur part, revendiqué une responsabilisation patronale en matière d'accueil des enfants. Au départ des accords interprofessionnels de 1993-1994 et 1995-1996 et après quelques péripéties, une cotisation sociale de 0,05% en faveur d'initiatives d'accueil des enfants a ancré dans la sécurité sociale un financement de l'accueil en raison du lien direct avec l'emploi.

Se retrouvant très vite face au mur (l'ampleur des besoins dépassant largement les moyens engrangés par la cotisation 0,05%), les interlocuteurs sociaux, gestionnaires du FESC, ont été contraints d'imposer un moratoire par rapport au financement de nouveaux projets tout en reciblant l'affectation des moyens du FESC sur les besoins d'accueil spécifiquement induits par la flexibilité croissante de l'emploi et en renvoyant aux Communautés la responsabilité de l'accueil 0-3 ans.

Mis sous pression par le gouvernement flamand qui menaçait d'exiger la communautarisation du FESC, ils ont été amenés en 1997 - en contradiction avec les règles de fonctionnement prévalant en sécurité sociale - à équilibrer l'affectation des moyens en fonction du poids des Communautés. Cette mesure a atteint de plein fouet les projets francophones.

La Communauté française, incapable de reprendre à sa charge le subventionnement des emplois conditionnant la survie des services d'accueil 0-3 ans exclus du financement FESC, s'est tournée vers les gouvernements régionaux.

Les Régions ont sauvé l'emploi en imputant des emplois ACS à l'accueil des enfants dans le cadre d'un Fonds de solidarité géré par l'ONE.

En 2002, à Barcelone, le gouvernement fédéral s'est engagé à atteindre à l'horizon 2010 les objectifs fixés par l'Europe soit un taux de couverture (nombre de places d'accueil/nombres d'enfants) de 33% pour l'accueil des enfants de 0-3 ans et de 90% pour l'accueil des 3-6 ans.

Pour y répondre, la Communauté française a lancé un plan de développement de l'offre d'accueil baptisé **plan « Cigogne »**, impliquant de facto les Régions pour le **financement des emplois d'encadrement.**

¹² ¼ temps d'AS ou infirmière sociale + une subvention de fonctionnement.

Les interlocuteurs sociaux wallons, soucieux d'une politique de développement de l'offre cohérente et répondant aux besoins spécifiques de la population wallonne, ont souhaité et obtenu la mise sur pied d'un partenariat rassemblant autour de la table, la Communauté française et les différents ministres régionaux consacrant dans leur budget respectif - sans concertation - des moyens à l'accueil des enfants...

A cette occasion, le gouvernement wallon a pris conscience du levier que constitue pour le développement de l'offre d'accueil collectif sa compétence sur les infrastructures, négligée jusqu'alors.

En 2007, il a décidé d'injecter 25 millions € pour la construction de crèches communales et, plus récemment, 160.000 € pour des crèches ASBL ou dépendant des CPAS.

Parallèlement, des moyens importants ont été dédiés dans le cadre du budget emploi à l'octroi de points APE dans le secteur de l'accueil des enfants.

Malheureusement, et c'est là que le bât blesse, dans la mesure où l'ONE se doit de respecter un équilibre dans la « distribution » de la programmation de l'offre - non seulement entre Bruxelles et la Wallonie, mais également entre les différents types d'accueil -, on peut craindre que les moyens mis sur table par la Région ne puissent tous être attribués dans le cadre de la programmation.

Ils seront donc, à défaut, soit réaffectés à d'autres politiques, soit affectés hors programmation, directement par les ministres respectifs, ce qui mettrait à mal la recherche de développement équilibré de l'offre souhaité par les interlocuteurs sociaux !

Aberrations et difficultés induites par la division des compétences !

L'implication de la Région wallonne est de plus en plus déterminante pour le développement de l'offre d'accueil des enfants. En effet :

- les engagements pris à Barcelone nécessitent la création d'infrastructures dont le financement relève entièrement des Régions depuis 1993,
- le plan « Cigogne » de développement de la programmation (c'est-à-dire places bénéficiant d'un subventionnement ONE) repose, pour ce qui concerne l'encadrement des enfants, essentiellement sur des emplois APE.

Le financement de l'accueil des enfants en Région wallonne dépend désormais essentiellement de différents budgets régionaux (Emploi, Action sociale, Economie, Pouvoirs locaux) tandis que les « rennes » sont restées aux mains de la Communauté.

↳ Bon à savoir

Depuis 2004, 566 ETP APE (plus de 9 millions €/an) et **600 PTP** (plus de 8,5 millions €/an) ont été dégagés en faveur de l'accueil des enfants. Si on ajoute les moyens récemment budgétés pour les infrastructures, l'effort supplémentaire de la Région s'élève à **plus de 40 millions €**.

Cela sans compter - et depuis plus de 10 ans - les nombreux emplois ACS affectés au MCAE (**plus de 500 ETP APE**), les ACS attribués pour le sauvetage des projets d'accueil 0-3 ans exclus du financement du FESC, ni les moyens directement affectés par les pouvoirs locaux sur leur budget.

En regard, on retiendra que les dépenses de subventionnement des milieux d'accueil 0-3 ans représentaient **en 2006¹³ ±45%** du budget de l'ONE, soit **84 millions €**, l'essentiel étant destiné aux crèches **pour près de 10.800 places¹⁴, dont plus de 5.000 à Bruxelles**.

Le récent accord politique sur la première phase de réforme de l'Etat engrange **la suppression du FESC au niveau fédéral et la communautarisation des moyens** à affecter aux compétences communautaires en matière d'accueil des enfants, soit **± 30 millions € pour les francophones**.

L'accord prévoit le maintien de la cotisation sociale dans la gestion globale, par l'augmentation de la cotisation à l'assurance maladie et le transfert des moyens du FESC vers les Communautés via une diminution du financement alternatif octroyé à la sécurité sociale.

On peut craindre une perte du pouvoir des interlocuteurs sociaux sur la gestion de moyens désormais « fiscaux » et le risque d'affectation de ces moyens au budget global destiné à l'accueil des enfants, sans maintien du lien particulier avec les besoins spécifiques des travailleurs¹⁵.

- **Une régionalisation de la compétence en matière de programmation de l'offre d'accueil des enfants de 0-3 ans (moyennant le maintien des missions de réglementation et contrôle des normes qualité à l'ONE) permettrait à la Région de développer une politique concertée et cohérente sur base de priorités de programmation en phase avec les besoins spécifiques de sa population.**

¹³ Dernier rapport annuel disponible.

¹⁴ Y compris 796 places en préguardiennat, dont 691 à Bruxelles.

¹⁵ **Pour rappel, la mission de l'ONE relative à l'accueil des enfants en dehors du milieu familial ne se limite pas à l'accueil en lien avec l'emploi !**

En matière de protection de la jeunesse, la pénurie de places conduit, par défaut, à des placements dans des structures destinées aux enfants handicapés financées par l'AWIPH, tandis que l'Interfédération des services réclame un cofinancement régional par l'octroi d'APE dans le secteur !

L'importance - vitale - du soutien apporté par les Régions aux politiques communautaires d'aide aux personnes, notamment par le biais de la politique de l'Emploi (octroi d'APE/ACS), soulève la question de l'intérêt éventuel de procéder à une clarification du paysage institutionnel moyennant un complément de transfert de compétences aux Régions.

Transfert qui permettrait aux Régions de définir en pleine autonomie les orientations et priorités à donner aux politiques qu'elles financent déjà très largement.