

Bonjour

Rémouleur, cocher, télégraphiste, forgeron... : la liste est longue des métiers que seuls quelques amoureux des temps révolus perpétuent. Médecin généraliste est-il le suivant sur la liste ? Naguère figure de style, la question n'a aujourd'hui plus rien de littéraire. Le « doc » boom des années 70 et 80 avait engendré une pléthore néfaste, dont les effets se font toujours sentir. Mais la relève brille par son absence. Tant au niveau de la demande des usagers que de l'offre de professionnels, la médecine générale s'étirole. Pourtant, jamais on n'a tant parlé de son rôle central, jamais on n'avait tant fait pour la revaloriser. Pourquoi ce paradoxe, quels sont les remèdes, quelles puissances maléfiques empêchent leur administration et que faire pour vaincre le sortilège ? Telles sont les questions que Pierre Drielsma aborde sous le titre grinçant : *La médecine générale aux soins intensifs ?* (page 2).

Parmi les mesures susceptibles de réanimer le malade, la reconnaissance des cercles de médecins généralistes constitue une bouffée d'oxygène. Isabelle Heymans nous dit en quoi elle peut rendre vigueur à la médecine générale en page 8.

Poursuivant cette réflexion sur un plan plus global, nous vous proposons une carte blanche de Jean-Pascal Labille et Bernard Thiry : *Soins de santé, la solidarité menacée* (page 10) et un article de Paul Palsterman intitulé *Dé-fédéraliser la sécurité sociale ?* (page 12). Ces textes font le point sur les deux menaces majeures qui pèsent sur les soins de santé : la privatisation et la communautarisation. Car le désespoir n'est pas de mise : ce n'est qu'en

identifiant les dangers qu'on pourra les affronter.

Puisque rien ne parviendra à assombrir notre indécrottable optimisme, passons aux orages qui grondent sur le travail social. Le travail social vit une grave crise d'identité. Parmi les facteurs rendant compte de cette crise, les pressions exercées sur les travailleurs sociaux pour orienter leurs attitudes et leurs actions vers une dérive sécuritaire sont des plus inacceptables. Le secteur réagit en créant un Comité de vigilance en travail social (page 23). Une initiative soutenue par la Fédération des maisons médicales et nourrie d'une *Réflexion autour du secret professionnel* que développe Catherine Bosquet en page 26.

Et pendant ce temps, les soignants continuent à exercer leur profession du mieux qu'ils peuvent. Centré sur les patients toxicomanes, un groupe de soignants utilise une des méthodes que l'on peut utiliser à l'une ou l'autre étape d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins, l'intervision : il s'agit d'une démarche de construction collective, d'une mise en mots de situations professionnelles difficiles ou exemplatives, par les participants. Mis en mot par Vanni della Giustina en page 28.



Dans la foulée de notre cahier précédent sur les droits du patient,

nous ouvrons nos pages aux usagers de soins de santé qui y expriment ce qu'ils attendent du système et comment ils s'organisent pour faire entendre leur voix. Des associations de self-help aux comités de patients en maison médicale, tous mettent en lumière l'écart qui sépare les pratiques des professionnels des réalités des usagers. C'est en se groupant qu'ils parviennent à faire prendre conscience de cet écart aux professionnels. Les difficultés que rencontrent ces « initiatives citoyennes », tant pour se créer, se maintenir et se faire reconnaître que pour peser sur les soignants et organiser l'entraide constituent l'essentiel de ce cahier.

Ce phénomène d'association pose une profusion de questions dont l'épicentre est la notion de participation. C'est au seuil de cette notion que se refermera ce cahier : la « participation » est un sujet complexe et ramifié qui mérite à lui seul une publication complète. Nous y reviendrons dans un Santé conjugulée ultérieur.

Bonne lecture.

La médecine générale aux soins intensifs ?

Pierre Drielsma, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen et membre de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales

La médecine générale aux soins intensifs ? Cette question peut paraître baroque, alors que les représentants légitimes de la profession reconnaissent, qui en public, qui en privé, que jamais aucun ministre n'a fait autant pour la médecine générale que le ministre Vandembrouke.

Malheureusement, les soignants le savent fort bien, une intervention de professionnels même bien conduite peut être insuffisante pour sauver une personne dont l'état général s'est déjà fortement dégradé.

Ce texte est le fruit d'une réflexion en cellule politique de la Fédération des maisons médicales, que nous avons projeté de prolonger avec les maisons médicales et les lecteurs de *Santé conjuguee*. La question de départ portait sur la difficulté à organiser une garde de première ligne efficace. Elle est largement re-contextualisée.

La course à l'abîme

En collaboration avec le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM), les maisons médicales ont développé un modèle cohérent et puissant de soins de première ligne. Rapidement, elles ont su qu'elles ne correspondaient pas parfaitement au modèle théorique. La discordance prenait sa source autant dans l'insuffisance de moyens (sous-financement de la première ligne et mode exclusif de paiement à l'acte) que dans une formation professionnelle inadéquate.

Cependant, depuis les années 70, les maisons médicales ont marqué des points : mise en application d'un règlement pour le paiement forfaitaire, multiples revalorisations, évaluations à l'INAMI qui crédibilisent le projet, participation de membres de la Fédération des maisons médicales ou de sympathisants dans les allées gouvernementales. En outre, le Cartel (GBO* + ASGB** + SVH***), syndicat majoritaire en médecine générale, partage un grand nombre de nos options et ne s'en cache pas, conscient que la pratique en groupe ou en équipe s'imposera de plus en plus.

Malheureusement, au fur et à mesure où le Grand Oeuvre s'élabore, les bases sur lesquelles il repose sont minées par de puissantes forces destructrices. La médecine générale poursuit sa course à l'abîme malgré les réformes engagées.

Quelles sont ces forces destructrices ?

1.- Depuis la réglementation du *numerus clausus*, les diplômés de médecine générale sont littéralement aspirés par l'hôpital pour remplir les tâches anciennement réalisées par les post-gradués. Le *numerus clausus* peut donc avoir un effet inattendu sur la médecine générale en l'affaiblissant par rapport à l'hôpital alors que le virage ambulatoire est souhaitable.

2.- La culture du travail change chez les jeunes généralistes. Peu semblent prêts à suivre les traces de leurs aînés en matière d'horaire, de prestations de gardes, de rythme de travail. Un des arguments serait la féminisation progressive de la profession. Cependant, il faut remarquer que les jeunes généralistes hommes présentent également des exigences assez fortes en matière d'horaire et de conditions de travail.

3.- A ce point, il faut ajouter les questions de sécurité. Certes une partie de cette problématique peut être imputée au point précédent, mais on ne peut nier une augmentation objective de l'insécurité des médecins. Aggressions, vols de trousse et d'ordonnances, quelques drames

*GBO : Groupement belge des omnipraticiens.

**ASGB : Algemeen syndicaat geneesheren van België.

***SVH : Syndikaat van vlaamse huisartsen.

concernant en particulier les médecins femmes, risquent de mettre en péril les visites à domicile surtout la nuit.

4.- Il faut aussi tenir compte des déséquilibres démographiques sous-régionaux.

L'étude de Jean-Paul Dercq sur l'analyse quantitative des activités des généralistes belges montre une densité de généralistes plus élevée à Bruxelles et moindre en Wallonie, mais celle-ci est inégalement répartie, le Hainaut étant le parent pauvre de la médecine générale (densité de 12,53 généralistes pour dix mille habitants contre 16,55 à Liège et 13,64 pour l'ensemble de la Belgique), alors que sa situation socio-sanitaire nécessiterait plutôt un plus. Au sein du Hainaut lui-même, la situation de Charleroi semble être particulièrement dramatique (voyez l'encart de Patrick Jadoulle sur la désertification en médecin généraliste à Charleroi en fin d'article). Ces déséquilibres s'expliquent en partie par les points 2° et 3°. Il y a aussi des facteurs qu'on pourrait taxer d'esthétiques.

Alors que les cercles de médecine générale sont reconnus et que l'organisation et le paiement des gardes leur incombent, on voit des généralistes namurois pousser à la sous-traitance de la garde (type SOS-médecin). D'autres proposent la grève des gardes comme moyen d'action qui arrange tout le monde. De l'aveu même des généralistes, le filtre du 100 (n° d'urgence) diminue le nombre d'appels qu'ils reçoivent en garde. On peut craindre une substitution supplémentaire vers l'hôpital.

Selon les chiffres en ma possession,

sur la garde de week-end et de nuit en médecine générale et dans l'hôpital de référence, les urgences hospitalières reçoivent dix fois (!) plus de patients que les gardes mobiles de généralistes. Cela signifie clairement que le week-end et la nuit, la médecine générale est simplement une activité résiduaire au lieu d'être la première ligne¹.

J'ai proposé tant à la Fédération des maisons médicales, qu'au Groupement belge des omnipraticiens (GBO) et qu'à Seraing et Liège-ville la création d'un poste fixe de garde de médecine générale. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'on ne se bouscule pas au portillon. La crainte de mes confrères est surtout de faire davantage de garde... et voilà pourquoi votre fille est muette.

Au cours de la discussion au Conseil technique médical de l'INAMI à propos du rapatriement de certaines techniques en médecine générale (ophtalmoscopie, microscopie urinaire, taping de cheville), on se rend compte de résistances en particulier mutualistes (Alliance nationale des mutualités chrétiennes - ANMC) mais aussi subsidiairement socialistes. La médecine générale pratique de moins en moins d'actes techniques. L'argument pour ne pas les restaurer est une méconnaissance des généralistes et une expérience trop rare... on oublie que la pratique dépend aussi des remboursements.

Il semble que du côté de certains pouvoirs publics, on ait compris la gravité de la situation et l'intérêt pour la santé publique (et aussi, pourquoi pas, économique), d'une première

ligne forte. Mais en même temps le processus de naufrage est si avancé qu'on peut se poser la question de l'adéquation des moyens de sauvetage avec les enjeux.

« Que faire ? » comme disait Vladimir Illich Oulianov. Il faut une réforme en profondeur de soins de première ligne, une réforme qui passera par la stimulation hardie des pratiques de groupe ou mieux d'équipes pluridisciplinaires intégrées autour du médecin généraliste, pivot belge de la première ligne.

Pour ce faire, il faut un refinancement sérieux de la médecine générale via une amélioration des paiements par patients (actes ou capitation) et une véritable politique de structure² qui prévoit des outils immobiliers et mobiliers adéquats. Mentionnons aussi la généralisation du Dossier médical global (DMG) avec reconduction automatique, l'échelonnement incitatif, l'intégration de la prévention utile en médecine générale de façon systématique et récurrente...

••••

Les obstacles à la réforme

La division syndicale des généralistes est bien réelle, mais une unité de façade sans avoir réglé les questions de fond serait tout aussi dramatique car une union paralytique ne sert à rien. Des élections ont eu lieu, par deux fois elles ont donné une confortable majorité aux réformateurs (Cartel, avec le GBO), il faut leur laisser la main. Au lieu de cela, l'Association belge des syndicats

• La médecine générale aux soins intensifs ? • (suite)

médicaux (ABSyM, syndicat minoritaire chez les généralistes, dominé par les spécialistes) essaye de récupérer au Forum des associations de généralistes (FAG), ou ailleurs, ce qu'il a perdu dans les urnes. En fait, le FAG, en s'alignant le plus souvent sur les positions absymiste ou en prêchant un unanimisme stérile devient au fil du temps une pièce essentielle des forces de conservation.

Pourquoi ne peut-on actuellement s'unir avec l'Association des médecins de famille (AMF, feuille de vigne délicatement posée sur la partie généraliste de l'ABSyM) ? La raison est fort simple et crève les yeux de tout observateur attentif du fonctionnement des instances de l'INAMI. L'ABSyM est un syndicat de spécialistes avec un appendice généraliste : Vermeylen, Lemye... Un syndicat qui défend les intérêts des spécialistes se méfie comme du choléra d'une médecine générale revivifiée, structurée en petites unités de soins pluridisciplinaires, capables de damer le pion à la partie des soins hospitaliers qui est transférable en première ligne (cf. tableau ci-dessous). Dès lors l'ABSyM nourrit en son sein un groupe de saboteurs professionnels qui a pour unique fonction d'envoyer les médecins généralistes sur des voies de garage, par exemple le « tout à l'acte » proposé par l'absymiste liégeois Waxweiler, alors que la stratégie du tout à l'acte a conduit la médecine générale dans l'état de décrépitude que l'on sait. L'interdiction du tiers payant appliquée surtout en médecine générale, l'obligation de perception du ticket modérateur, sont des mesures qui ont éloigné la population de la médecine générale alors que les

spécialistes usent et abusent de ces techniques de facilitation. La défense actuelle de l'obligation d'une consultation pour le renouvellement du DMG procède de la même logique implacable : éviter l'extension du DMG car cela risquerait de confirmer le généraliste dans son rôle central. La même stratégie explique le haro sur le financement des structures de première ligne, alors qu'il s'agit d'une manière intéressante de financer de meilleures conditions de travail.

Quand on dispose de cette grille de lecture, tout devient limpide. On peut penser aussi qu'il existe des obstacles du côté des grandes mutualités qui ont du mal à se défaire d'un certain hospitalo-centrisme. Elles éprouvent des difficultés à collaborer avec les généralistes, qui n'ont jamais fait dans la dentelle en matière de poujadisme. On peut aussi s'interroger sur leur vieille collaboration avec l'ABSyM qu'il est difficile de laisser tomber (on sait ce qu'on a, on ne sait pas ce qu'on aura).

Les structures même de l'INAMI, largement contaminées par près de quarante ans de règne sans partage du syndicat wyneniste (patriarche de l'ABSyM) ne laissent pas facilement éclore de nouveaux comportements comme on a pu le constater au Groupe de travail de médecine générale du Conseil technique médical.

Là aussi, il s'agit d'empêcher que la majorité issue des urnes médicales puisse réaliser son programme. Pour ce faire, on lance un tir de barrage nourri sur les généralistes du Cartel. L'unique représentant de l'AMF (ABSyM) n'a même pas besoin de parler, d'autres membres du groupe de travail lui épargnent cette peine.

••••

Une nouvelle alliance ?

Comme nous l'écrivions plus haut, les anciennes alliances empêchent le retournement de situation. Il faut donc forger des liens nouveaux entre la première ligne et les mutualités.

Les représentants des travailleurs et les mutualités sont bien implantés dans le secteur hospitalier ; la première ligne, elle, est éparpillée, les médecins généralistes affichent un contentieux considérable avec les mutualités et en particulier avec leurs coordinations de soins à domicile. On a l'impression que chacun veut tuer l'autre³. Nous pensons qu'il n'y aura pas d'avancée significative dans le domaine de l'organisation des soins de santé sans un compromis historique entre médecins généralistes et mutualités. Le plus tôt sera le mieux : que la négociation commence...

Je pense que le Cartel doit prendre l'initiative et entreprendre une action en profondeur.

La question qui nous est posée est clairement : quelle première ligne pour demain, voire, faut-il une première ligne, et si oui, dans quelles conditions ?

En découpant l'activité du médecin généraliste en quelques rubriques (on peut certainement en rajouter ou en préciser les champs), on voit que chaque segment de notre activité théorique peut être soit conservée, soit abandonnée, soit partagée. Il me paraît clair que seule une première ligne étendue sera crédible face aux pouvoirs publics. D'ailleurs seule une première ligne de cette nature peut

	CSI de 1 ^{ère} ligne	Poste fixe de 1 ^{ère} ligne, loin de l'hôpital	Poste fixe de 1 ^{ère} ligne, (près) de l'hôpital	(Porte de) l'hôpital	Poste mixte avec centre psychosocial global	Consultation de 2 ^{ème} ligne
Garde fixe	Oui	Oui			Oui	
Garde mobile	Oui					
Les 7 dépistages et préventions démontrés utiles	Oui					
Soins palliatifs	Oui (partim)			Oui (partim)		
Pathologies chroniques	Oui (partim)					Oui (partim)
Soins au toxicomanes	Oui					
Les enfants prévention et soins légers	Oui					
Soins courants aigus	Oui					
Suivi de grossesse	Oui (partim)					Oui (partim)

remplir les missions de santé publique efficiente qu'on attend d'elle.

Le tableau suivant indique comment nos fossoyeurs nous verraient bien ; il s'agit bien là d'une médecine générale résiduaire, réduisant le paradigme de la médecine générale à portion congrue.

Comment résoudre la quadrature du cercle ? Il faudrait organiser de véritables tables rondes de la médecine

générale, puis de la première ligne, avec des représentants des pouvoirs publics, des mutualités, des syndicats interprofessionnels, des représentants des usagers. Pour les généralistes, il serait utile que tous les représentants puissent s'exprimer pour savoir si on peut se mettre d'accord sur un projet global. Même s'il faut accepter que la décision pour les matières fédérales relève du syndicat majoritaire en médecine générale.

Il s'agirait d'élaborer un programme global pluriannuel, étape par étape où les généralistes renforceront leur capacité à fournir des services conformes aux standards internationaux de qualité en échange d'une revalorisation substantielle et d'un financement correct de l'infrastructure. Ce n'est qu'à partir d'une discussion sur les difficultés à réaliser telle ou telle tâche qu'on pourra trouver les conditions optimales de leur réalisation et leur

FONCTION \ LIEU 1 ^{ère} ligne	CSI de 1 ^{ère} ligne, loin de l'hôpital	Poste fixe de 1 ^{ère} ligne, (près) de l'hôpital	Poste fixe l'hôpital	(Porte de) avec centre psychosocial global	Poste mixte de 2 ^{ème} ligne	Consultation
Garde fixe			Oui	Oui		
Garde mobile	Oui					
Les 7 dépistages et préventions démontrés utiles						Oui
Soins palliatifs				Oui		
Pathologies chroniques						Oui
Soins au toxicomanes						Oui
Les enfants prévention et soins légers						Oui
Soins courants aigus	Oui					

• **La médecine générale aux soins intensifs ?**
 • **(suite)**
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •
 •

financement.

Qui doit agir ? Médiateur entre les différents protagonistes, il est fondamental que le ministre Demotte mouille sa chemise auprès des interlocuteurs, il faut qu'il ait lui-même une vision, pas qu'il soit un simple enregistreur d'un éventuel avancement, condition impérative pour aboutir.



(1) Pour la médecine générale, je me base sur soixante contacts par week-end pour les deux gardes (maison médicale et libéraux) multipliés par soixante soit trois mille six cents contacts annuels ; l'hôpital du Bois de l'Abbaye déclare près de vingt-huit mille contacts aux urgences. Même en doublant les chiffres de la médecine générale et en tenant compte du fait que l'hôpital draine un peu au-delà de la commune, il est clair que l'activité de garde se fait surtout à la porte de l'hôpital y compris parfois de jour, suprême ironie !

(2) Ce mot gêne certains, pourtant sans financement direct de l'infrastructure et de l'administration, on peut craindre le sous-équipement chronique en médecine générale et donc un degré d'organisation et d'évaluation faible ce qui conduira à des performances insuffisantes.

(3) Les péripéties autour des Services intégrés de soins à domiciles (SISD) sont symptomatiques d'un fonctionnement conflictuel sans issue.

Démographie médicale à Frameries (2002)

Frameries, paisible commune du Borinage de 22.000 âmes, compte 37 médecins généralistes répertoriés sur base de l'annuaire téléphonique. Tenant compte de leur année de diplôme (cf. Répertoire de l'Ordre des médecins) estimée correspondre à l'âge de 25 ans (ce qui est une hypothèse « optimiste »), et en excluant les quatre plus âgés (2 x 70 ans, 77 ans et 84 ans) qui n'ont sans doute plus guère de pratique, on obtient 32 généralistes supposés actifs (soit un généraliste pour 687 habitants) dont quatre « parallélistes » identifiés (homéopathie, acupuncture, ...) dont la moyenne d'âge est de 47 ans. Près de la moitié (15) a 50 ans et plus et seulement 5 d'entre eux ont moins de 40 ans. Il y a donc pénurie annoncée pour dans une dizaine d'années...

Patrick Jadoulle, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise.

Démographie des médecins généralistes à Charleroi

D'après les données figurant sur les listes des rôles de garde de la Société de médecine de Charleroi (31/12/01). Ont été prises en compte les communes du « Grand Charleroi », à savoir : 6000 Charleroi, 6001 Marcinelle, 6010 Couillet, 6020 Dampremy, 6030 Marchienne-au-Pont & Goutroux, 6031 Monceau-sur-Sambre, 6032 Mont-sur-Marchienne, 6040 Jumet, 6041 Gosselies, 6042 Lodelinsart, 6043 Ransart, 6044 Roux, 6060 Gilly, 6061 Montignies-sur-Sambre.

moins de 40 ans.

- Les généralistes de 50 à 54 ans représentent la tranche d'âge la plus nombreuse, et le nombre de généralistes décroît progressivement dans les tranches d'âge inférieures.

- Le nombre « relativement » élevé de jeunes généralistes (25 à 29 ans) est très probablement dû aux jeunes diplômés effectuant leur formation complémentaire (assistants) auprès d'un maître de stage : rien ne garantit qu'ils poursuivront leur carrière à

majorité d'entre eux ne sont pas encore « fixés ».

- La féminisation de la profession a significativement varié depuis 50 ans : elle s'est nettement affirmée à partir des années 70 (17% des généralistes nés entre 1947 et 1951, qui ont actuellement entre 50 et 54 ans, sont des femmes, 35% pour ceux nés entre 1952 et 1956), diminue ensuite (20% entre 35 et 44 ans) pour redémarrer en flèche plus récemment (54% entre 30 et 34 ans et 82% entre 25 et 29 ans).

	Hommes	Femmes	Total	%
75 à 79 ans	3	0	3	1,3%
70 à 74 ans	3	0	3	1,3%
65 à 69 ans	6	1	7	3,0%
60 à 64 ans	15	0	15	6,4%
55 à 59 ans	14	0	14	6,0%
50 à 54 ans	38	8	46	19,7%
45 à 49 ans	28	15	43	18,4%
40 à 44 ans	30	8	38	16,2%
35 à 39 ans	25	6	31	13,2%
30 à 34 ans	6	5	13	4,7%
25 à 29 ans	4	19	23	9,8%
Totaux	173 (74%)	63 (26%)	236	100%

Patrick Jadouille,
médecin généraliste à la maison
médicale la Glaise,
23/02/02.

Commentaires

- La population de Charleroi comptait 200.293 habitants au 01/01/2001 : on y trouve donc un généraliste actif pour 856 habitants, alors qu'en province du Hainaut, en 1998, on comptait un généraliste pour 556 habitants¹.
- Plus de la moitié (54,3%) des généralistes carolos ont entre 40 et 55 ans (baby-boom de l'après-guerre ?).
- Un peu plus d'un quart (27,7%) ont

Charleroi, d'autant plus si l'on tient compte que 30% des jeunes généralistes abandonnent la profession endéans les cinq premières années². Ceci semble bien confirmé au vu du faible nombre de généralistes appartenant à la tranche d'âge juste supérieure (30 à 34 ans). En consultant le tableau de l'Ordre des médecins du Hainaut il apparaît que parmi ces 23 jeunes généralistes seuls huit d'entre eux, soit 33%, sont effectivement domiciliés sur l'entité : c'est bien le signe que la

(1) *Santé en Hainaut - Tableau de bord de la santé*, n°3 - 2000, Observatoire de la santé du Hainaut.

(2) « 3 MG sur 10 quittent la profession après 5 ans », H. Van de Keere, *Le Journal du médecin*, 1411, 1er mars 2002.

Reconnaissance des cercles de généralistes : vers une meilleure structuration locale des soins de santé

Isabelle Heymans, médecin généraliste à la maison médicale l'Atoll et membre de la cellule politique de la Fédération des maisons médicales

.....

Depuis les années 80, (plus tôt pour certaines), les médecins généralistes se regroupent en associations couvrant le territoire géographique où ils exercent, le plus souvent une commune ou un ensemble « fonctionnel » de communes. Ces associations constituent à la fois une unité fonctionnelle (par exemple pour assurer une garde de médecine générale ou organiser des activités sanitaires, scientifiques ou conviviales) et un interlocuteur potentiel pour les institutions locales (autorités communales, CPAS, etc.). Ces associations viennent d'être « reconnues » par les pouvoirs publics.

.....

Les conditions pour cette reconnaissance étaient :

- être une asbl, dont est membre tout médecin de la zone couverte qui en fait la demande, et encourager cette demande à être membre ;
- couvrir une zone géographique (correspondant assez à des frontières communales), suivant le principe un cercle pour une zone, sauf à Bruxelles où toute la zone est couverte par deux cercles de langues différentes ;

- avoir un conseil d'administration élu parmi les membres, deux-tiers maximum du même sexe, comportant éventuellement un représentant de groupe minoritaire s'il récolte 5% des suffrages.

..... Missions

Cette reconnaissance implique que le cercle remplisse diverses missions.

Le cercle doit assumer une mission de représentation : contact pour les généralistes locaux, interlocuteur pour les pouvoirs publics locaux ou les hôpitaux, dans le but de promouvoir une politique de santé locale.

Il aura pour tâche de promouvoir les soins de santé de première ligne et le travail des médecins généralistes, d'optimiser la collaboration multidisciplinaire, d'établir des accords de collaboration avec les hôpitaux locaux pour assurer la continuité des soins et d'optimiser l'accessibilité aux soins.

Il devra organiser le service de garde de médecine générale, en régler l'organisation, assurer la permanence et la couverture géographique (sans recouvrements, avec un médecin par trente mille habitants), communiquer l'organisation de la garde à la population, et avoir des accords pour une coordination entre la garde, les services d'urgence hospitaliers et les services d'aide médicale urgente.

Il participera à un enregistrement de données concernant l'épidémiologie, les problèmes de sécurité, les plaintes des patients et celles à propos des services.

Son activité sera rapportée dans un rapport annuel, avec notamment les données enregistrées, et un compte des résultats.

..... Intérêt et perspectives

La reconnaissance de cercles de généralistes ouvre la porte à un dialogue et une coordination entre généralistes isolés et aussi entre eux et les pratiques de groupe et associations de santé intégrées d'une même localité.

Les cercles constitueront un interlocuteur officiel et, surtout, représentatif pour les politiques locales mais aussi pour d'autres niveaux politiques.

Il sera possible d'organiser et de financer des projets locaux communs, et non plus individuels. Par exemple, l'organisation d'une garde sécurisée, d'un dispensaire de garde ou d'un central téléphonique.

Les cercles pourront prendre place dans l'organisation et la gestion des services intégrés de soins à domicile (SISD)... du moins on l'espère, la conjoncture actuelle en ce sens étant assez maussade. Il faudra faire accepter la place importante du médecin généraliste dans une coordination des soins autour du patient à son domicile, ce qui implique que les représentants des cercles soient en parité suffisante dans les conseils d'administrations des SISD...

On peut également espérer une meilleure coordination des soins entre la première et la deuxième ligne, au profit du patient.

Espoir encore, une prise en charge de la promotion des soins de santé de



première ligne au niveau local, avec collaboration entre les médecins, d'autres prestataires et les politiques locaux.

Ces deux points sont essentiels pour une plus grande subsidiarité : le meilleur service possible selon les besoins du patient, le plus près possible de lui et de ses réalités.

Il y a maintenant l'opportunité de développer une réflexion locale plus effective sur la problématique de l'accès aux soins, et celle de réaliser un enregistrement de données épidémiologiques essentiellement pour la garde, données précieuses dans l'optique d'une revalorisation réelle de la garde de première ligne, enfin estimée à sa juste valeur et reconnue comme nécessité pour un système de soins efficient.

D'autres avancées sont à envisager : l'organisation de la formation continue au niveau local (Groupe local d'évaluation médicale ou GLEM), discussions autour de problèmes spécifiques locaux à prendre en compte) ou celle de programmes de prévention et de promotion de la santé communs à tous les prestataires.

Le cercle local peut devenir un lieu de rencontre des généralistes et d'autres acteurs de la première ligne et de l'ambulatorio : kinésithérapeutes, infirmiers (éventuellement eux aussi organisés en cercles), associations de santé intégrée, acteurs spécialisés tels que centres de santé mentale, plannings familiaux, services sociaux, etc. Tous ont à gagner au dialogue et au développement d'un travail en réseau plus efficient ainsi que (qui sait ?) à l'implication dans des projets de santé communautaire, pour lesquels l'implantation locale est optimale.

Pour cela : un soutien politique et financier maximum et... patient ! Les changements sont lents, mais s'ils sont encouragés, vont vers une meilleure structuration locale des soins de santé.

Soins santé : la solidarité menacée

Jean-Pascal Labille, ingénieur commercial, secrétaire général de la mutualité socialiste de Liège et Bernard Thiry, économiste, directeur général du Centre international de recherches et d'information sur l'économie publique, sociale et coopérative

.....
Une réflexion en profondeur sur les risques d'une privatisation de l'assurance maladie et surtout les solutions permettant de l'éviter.

.....
 Demain, peut-être, des files d'attente de plusieurs mois avant de pouvoir passer un examen médical pourtant essentiel pour faire le point sur votre état de santé et permettre un traitement efficace, une médecine à deux vitesses avec d'un côté des hôpitaux privés dont la réputation est à la hauteur des tarifs pratiqués (et non remboursés) et de l'autre des hôpitaux publics, accessibles à tous, mais mal équipés avec trop peu de personnel parce que mal payé.

Demain, peut-être la fin des soins de santé de qualité pour tous et d'une couverture sociale où la solidarité est le seul vrai « prix » de la santé... pourtant le fondement du système de soins de notre pays.

Malheureusement pas un scénario de science fiction, les menaces pesant sur notre sécurité sociale sont nombreuses et bien réelles. Il est de notre devoir de rester vigilant.

En tant que groupement pluraliste, le Groupe progrès a pour but de s'interroger de manière constructive et originale sur divers thèmes de société. C'est ainsi que nous avons mené une réflexion en profondeur sur les risques d'une privatisation de l'assurance maladie et surtout les solutions permettant de l'éviter.

C'est que le danger vient de toutes parts : d'un sous-financement du sys-

tème de soins de santé ; de l'absence d'une politique de santé globale et cohérente dans notre pays où les compétences sont éclatées entre le fédéral, le régional et le communal ; de l'insuffisance de maîtrise de l'évolution des dépenses en soins de santé ; de l'Europe sociale toujours au point mort ou encore de l'Accord général sur le commerce et les services (AGCS).

Cette réflexion nous a mené à identifier six principales menaces. Celles-ci sont autant internes qu'externes, elles se nourrissent des faiblesses de notre système de soins de santé et convergent toute vers la seule terrible et inacceptable issue : la privatisation du secteur des soins de santé.

Ces menaces ne sont pourtant pas une fatalité. Les contrer reste possible.

1. Le sous financement versus la privatisation

Sans un réinvestissement important dans notre sécurité sociale, on arrivera, à plus ou moins court terme, à une protection sociale de base qui n'assurera plus la sécurité d'existence de ses bénéficiaires.

Une protection sociale réelle de la population présente un coût incompressible qu'il convient de financer inconditionnellement. La solidarité générale et interpersonnelle doit être la base de ce financement. Sinon, on aboutit inévitablement au chacun pour soi et à la protection sociale censitaire. L'assurance obligatoire soins de santé actuelle atteint encore très largement ses objectifs d'accès universel, mais elle ne pourra se maintenir et renforcer ses performances sans de nouveaux moyens financiers et une parfaite maîtrise de ses dépenses.

2. Maîtrise de l'évolution des dépenses de soins de santé

Une croissance réelle de 3,5% des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé paraît incompressible, tandis que des moyens additionnels seront nécessaires pour rencontrer les besoins objectifs de la population, et ce, dans le cadre d'un accès universel à des soins de santé.

Toutefois, une croissance non maîtrisée des dépenses de soins de santé porte en elle les germes de la privatisation et d'une médecine à deux vitesses.

Si la maîtrise de l'évolution des dépenses est nécessaire, elle ne pourra se faire qu'au travers d'une politique globale de santé (coordonnée entre les différents niveaux de pouvoir, du communal au fédéral) reposant sur huit grands axes : prévention des risques de maladie ; évaluation systématique des pratiques et technologies médicales ; modalité des financements des prestations davantage forfaitaires ; offre de soins mieux calibrée avec une plus grande concertation entre prestataires et institutions de soins ; simplification et clarification des normes et procédures de contrôle imposées aux différentes pratiques de soins ; meilleur usage et meilleure prescription du médicament ; continuité et coordination de la prise en charge du patient ; meilleur partage des responsabilités entre tous les acteurs du système de santé.

3. Dispersion des compétences

Malgré le haut degré de performance de notre système socio-sanitaire, on constate encore des inégalités notamment en matière d'accès aux soins de



santé préventifs, encore trop rare pour les couches les plus défavorisées de la population. Les causes de cette inégalité sont, entre autres, le coût financier qu'engendre une prévention efficace, la mauvaise collaboration entre les organes de prévention et ceux traitant du volet curatif, mais aussi une répartition de compétences institutionnelles s'avérant aujourd'hui mal adaptée aux réalités sociales et politiques. Pour être pleinement efficace, une politique de santé doit être globale et coordonnée. Regroupant les aspects préventifs et curatifs, cette politique de santé doit également associer tous les acteurs du système de santé et prévoir, au niveau de l'Union européenne, des collaborations transnationales.

4. Communautarisation de la protection sociale

La dé-fédéralisation de la politique des soins de santé s'inscrit dans la logique du mouvement autonomiste flamand. Elle constituerait une rupture majeure, avec des droits aux soins de santé qui ne seraient plus garantis de la même façon au Nord et au Sud du pays. Si la Belgique subsiste, c'est la concurrence intercommunautaire ou interrégionale qui a toutes les chances de conduire à la privatisation de l'assurance soins de santé.

Pour contrer ces menaces, il est important d'opposer une fin de non recevoir francophone unanime à la volonté autonomiste flamande et, au-delà, d'élaborer une politique de santé globale et cohérente dont nous avons parlé plus haut.

5. Ouverture à la concurrence au plan européen

L'évolution du Droit européen et de la jurisprudence de la Cour de justice européenne met clairement en danger notre organisation solidaire de couverture des soins de santé.

Face à cette menace européenne de démantèlement, trois ripostes sont à envisager : profiter de la Convention européenne en cours pour déplacer la frontière entre activités économiques et activités non économiques, de manière à éviter l'application des règles de la concurrence à certaines activités à caractère social ; permettre de définir les assurances complémentaires offertes par les mutualités comme un Service européen d'intérêt économique général (SIEG) ; en dernier ressort, veiller à l'application de la résolution sur l'assurance maladie complémentaire votée par le Parlement européen en décembre 2000, suite au rapport Rocard !

6. Accord général sur le commerce des services (AGCS)

Il n'y a qu'une réponse à fournir dans le cadre des négociations de l'AGCS qui prévoient la libéralisation totale des services publics : le refus de tout engagement dans le secteur de la santé et des soins en particulier, parce qu'il minerait notre système solidaire.

NDLR : Les réflexions présentées ici convergent assez bien avec les nôtres. Néanmoins, au niveau des solutions proposées, par ailleurs tout à fait estimables, nous accordons une grande importance à des éléments ici peu développés : le rôle de la première ligne, la définition des missions des différents intervenants, la prise en compte de la perception des usagers, ... Vous trouverez une analyse détaillée des solutions que nous proposons dans notre numéro précédent, sous le titre « Nos revendications pour une politique de santé » (*Santé conjugulée* n° 24, p 2-7).

Le Groupe progrès rassemble des membres occupant des fonctions dirigeantes dans des domaines aussi variés que des entreprises privées et publiques, des organisations syndicales et mutualistes, la fonction publique ou encore des structures universitaires.

Carte blanche parue dans Le Soir du 12 juin 2003.

Dé-fédéraliser la sécurité sociale ?

Paul Palsterman, juriste à la Centrale des syndicats chrétiens

.....

Au-delà des évolutions prévisibles dans le statut de Bruxelles ou de la Communauté germanophone, le système fédéral belge n'est certainement pas abouti dans les matières qui relèvent de la protection sociale. Mais les évolutions prévisibles n'enlèveront rien au fait que, dans un État fédéral, il est inévitable que les compétences fédérales interfèrent avec celles des entités fédérées, surtout dans le domaine économique, social et culturel, où l'action publique peut prendre diverses formes et emprunter divers instruments. Il est illusoire de réaliser une « cohérence des politiques » en attribuant à une seule entité la compétence de réaliser un objectif déterminé. Par ailleurs, les débats institutionnels ne peuvent être dissociés des enjeux de fond sur le contenu de la protection sociale. En ce sens, on peut assumer le caractère évolutif du fédéralisme belge.

.....

Cet article, paru dans *La Revue Nouvelle* IV, tome 116, avril 2003, est reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur et de la *Revue*. Si, comme l'auteur l'indique lui-même dans sa conclusion, certains points de son analyse prêtent à controverse, nombre de réflexions ici exposées convergent avec la lecture que la Fédération des maisons médicales fait de la problématique des soins de santé.

Lors de son dernier congrès, le VLD (parti libéral flamand) a officiellement revendiqué la dé-fédéralisation des soins de santé et des allocations familiales. Il y a quelques mois, le CD&V (ex-CVP) avait rejoint officiellement les rangs de ceux qui portent la même revendication. Naguère, ce parti était encore divisé sur la question, et cette position n'avait pas encore été confirmée par un congrès. Ses mandataires dans les institutions flamandes ont voté, voire promu, des motions dans le même sens, mais plusieurs responsables (ministres et parlementaires fédéraux, dirigeants d'organisations sociales) freinaient.

Par la porte ou par la fenêtre, le thème sera donc à l'agenda de la formation du Gouvernement fédéral qui sortira des élections de juin 2003 (*ndlr* : le texte est antérieur à la décision d'anticiper les élections à mai 2003). C'est d'autant plus certain que le thème de la dé-fédéralisation de la sécurité sociale ne se réduit pas à de grands rounds institutionnels comme ceux qui ont marqué les années quatre-vingt et nonante. Même en l'absence de révision de la Constitution et des lois spéciales, le paysage institutionnel belge n'est pas statique. L'exemple le plus visible de modification du paysage institutionnel sans négociation de Communauté à Communauté est l'assurance autonomie flamande, créée unilatéralement en 2002. Il y en a d'autres, peut-être plus significatifs (même si moins visibles et moins emblématiques). Il est intéressant de constater qu'ils ne vont pas tous dans le même sens.

Cet article aborde les débats en cours

en prenant pour angle d'approche le contenu et les principes de fonctionnement de la protection sociale. Cette dimension me paraît trop souvent négligée. On a parfois tendance à réduire le débat à sa dimension macro-économique (les transferts financiers inter-régionaux) ou symbolique (la notion d'État belge). Or, je pense que la situation de la protection sociale dans le paysage institutionnel est inséparable du contenu qu'on veut lui donner. Et j'ai parfois l'impression que certains se désintéressent de ces débats de fond, et s'estiment satisfaits tant qu'on réaffirme que le système doit rester fédéral. Or, je pense que cette attitude est mauvaise pour la sécurité sociale, et mauvaise pour la Wallonie comme pour Bruxelles.

..... Ce que dit la Constitution

Une simple lecture de la Constitution et des lois spéciales permet de prédire à coup sûr que les institutions belges évolueront encore. Le statut de Bruxelles, par exemple, reste au cœur de beaucoup de débats, et il en est de même, par ricochet, pour les notions de Communauté française et de Communauté flamande. Et la Communauté germanophone fait de plus en plus usage de la possibilité de reprendre à son compte des compétences régionales wallonnes. De façon discrète, mais constante, elle s'impose de plus en plus comme quatrième Région.

En ce qui concerne plus spécifiquement la protection sociale, la compétence fédérale en matière de sécurité sociale est affirmée comme exception

à la compétence des Régions en matière économique, au même titre que le droit du travail et la politique monétaire. On retrouve par ailleurs la compétence fédérale en matière « d'assurance maladie-invalidité » à titre d'exception à la compétence des Communautés en matière de « politique de la santé ».

Par contre, on ne fait pas explicitement mention des compétences fédérales en matière d'allocations familiales ou de réductions d'impôts pour les enfants à charge, comme exception à la compétence des Communautés en matière de « politique familiale ».

En matière de « politique du troisième âge », la seule exception explicitement affirmée à la compétence des Communautés est la compétence fédérale en matière de garantie de revenu aux personnes âgées (« grapa »)¹.

Dans le cadre de ses compétences en matière de droit du travail, de sécurité sociale et de fiscalité, l'État fédéral s'occupe de pensions, de pré-pensions et d'encouragement à la constitution de régimes de retraite complémentaire. Mais ces actions ne sont pas affirmées en tant qu'exception à la compétence générale des Communautés. La loi spéciale mentionne la compétence fédérale en matière d'allocations pour handicapés, mais ne laisse pas prévoir que, parmi ces allocations, figure une allocation d'aide aux personnes âgées qui est en quelque sorte une allocation de dépendance, et concerne non seulement la politique des handicapés, mais aussi celle des personnes âgées.

On peut tirer de tout ceci certains enseignements utiles.

••••

Communautariser ou régionaliser ?

Lorsqu'on évoque la dé-fédéralisation de la sécurité sociale, on a presque toujours en vue sa communautarisation. Cette approche reflète celle de « la Flandre », qui confond Communauté et Région dans les mêmes institutions.

Or, la simple lecture de la Constitution et des lois spéciales montre que ce n'est nullement évident : la sécurité sociale a effectivement des connexions avec des matières personnalisables communautarisées, mais aussi, et encore plus, avec la politique économique de compétence régionale. C'est même dans ce dernier cadre que l'on a cru nécessaire d'affirmer le caractère fédéral de la sécurité sociale et d'autres instruments qui pèsent sur les grands équilibres macro-économiques.

Par ailleurs, si la sécurité sociale est rattachée aux matières personnalisables, il s'en déduirait que la Communauté germanophone devrait instituer sa propre sécurité sociale. Ce n'est pas techniquement impossible, mais ce serait probablement une aberration, ne serait-ce qu'en termes de mobilité « inter-frontalière ».

Et surtout, la communautarisation de la sécurité sociale requerrait soit une modification fondamentale des compétences des Communautés à Bruxelles, soit une modification non moins fondamentale de la logique de fonctionnement de la sécurité sociale. En effet, dans l'état actuel des choses,

les Communautés française et flamande ne sont compétentes à Bruxelles qu'en ce qui concerne des institutions « mono-communautaires » : elles ne sont compétentes ni en ce qui concerne les personnes (il n'y a pas de sous-nationalité) ni en ce qui concerne les institutions « bicommunautaires » (notamment les institutions sociales publiques - CPAS, etc.).

La sécurité sociale, au contraire, fonctionne essentiellement comme un transfert aux personnes. Même lorsqu'elle paie directement des institutions, comme dans le cadre du « tiers payant » dans l'assurance maladie, c'est toujours en référence à des services (par exemple de santé) au profit de personnes. La création de l'assurance autonomie flamande illustre ceci : l'institution de cette assurance n'a été possible qu'en dénaturant profondément la logique de la sécurité sociale à Bruxelles (notion de libre choix au lieu d'affiliation obligatoire).

J'avoue avoir même cru un temps que cet obstacle, et d'autres, inciterait l'actuelle majorité du parlement flamand à reporter *sine die* l'exécution du décret voté sous la précédente législature². Apparemment, le symbole « flamand » a été plus puissant que la logique. Nous retrouverons à de nombreuses reprises cette constatation.

••••

Une concurrence inévitable

Il existe sur plusieurs terrains des compétences concurrentes ou des

• Dé-fédéraliser la sécurité sociale ? • (suite)

chevauchements de compétence. Cette caractéristique est inévitable dans un État fédéral. On peut même affirmer que la concurrence entre entités est le propre des États fédéraux. Dans un État unitaire, l'action publique est généralement répartie entre ministères et organismes spécialisés, mais il existe des instances de synthèse et de coordination. Le caractère fédéral de l'État ne permet pas d'échapper à cette nécessité. Le propre d'un État fédéral est d'être composé d'entités dont les relations sont réglées par le droit, et non par le principe hiérarchique ou la tutelle. Il faut donc qu'un texte juridique, arbitral par une instance juridique, énonce les compétences des uns et des autres.

Cela ne présente pas trop de difficultés pour les fonctions dites régaliennes de l'État (la monnaie, les relations internationales, l'armée, l'ordre public, le droit civil, les impôts, les ponts et chaussées...). Dans ces domaines, il s'agit de compétences traditionnelles de tout État (lorsqu'elles ne sont pas assumées, on peut émettre des doutes sur l'existence même de l'État), aisément « visualisables » par le droit.

Dans le domaine économique, social ou culturel, la chose est moins évidente. Dans ces domaines, en effet, l'intervention de l'État - sa nature, son ampleur, voire son principe - est enjeu de controverses idéologiques et politiques, et l'objet de multiples évolutions.

La « politique de santé », par exemple, comporte de multiples aspects. Certains peuvent être rangés dans les « missions régaliennes », comme la

réglementation de l'art de guérir ou l'enregistrement des médicaments et le contrôle de leur prix. La fourniture de soins de santé peut passer par la programmation, l'agrément et le subventionnement d'institutions de soins, ou par le remboursement de soins dans une logique d'assurance. Ce remboursement peut être pris en charge par l'État ou par des institutions de service public, mais aussi par des assureurs privés, encadrés ou non par des principes légaux. La politique de santé passe aussi par la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui présente des connexions avec la réglementation du travail ; par la prévention des accidents de la route, qui présente des connexions avec la réglementation du roulage ; par la prévention des risques écologiques, la prévention et le traitement des épidémies (par des vaccinations, par la surveillance médicale des élèves, des travailleurs, des animaux ou des denrées alimentaires). On peut même y ranger l'encouragement du sport, la promotion d'une alimentation équilibrée, la lutte contre le stress au travail ou sur la route, la prévention de la toxicomanie, du tabagisme ou de l'alcoolisme, etc.

La « politique de l'emploi » est encore plus protéiforme, puisqu'elle peut recouvrir des aides directes aux entreprises ou aux demandeurs d'emploi, la création de programmes publics d'occupation de chômeurs, mais aussi la réglementation du marché de l'emploi, le droit du travail, la sécurité sociale (spécialement son financement et l'assurance chômage), la fiscalité, voire la politique macro-

économique générale, la politique de formation et d'enseignement, etc. La même observation peut être faite en ce qui concerne la « politique familiale », la « politique des personnes âgées », etc.

D'un point de vue juridique, il n'est pas évident de ranger une action publique dans un objectif politique déterminé. Les relations de travail dans les hôpitaux relèvent-elles de la politique de la santé, ou de la politique du travail, ou encore de celle de l'emploi ? En Belgique, on considère que cela relève des relations de travail, matière fédérale. Au Canada, les relations de travail relèvent des provinces ou de la fédération, selon le secteur.

Il est donc dépourvu de sens de plaider pour des « blocs homogènes de compétences » par rapport à des objectifs comme l'emploi, la santé, le soutien aux familles ou aux personnes âgées. Ou, plus exactement, ce n'est possible que dans un cadre centralisé - soit l'État belge unitaire, soit des Communautés ou des Régions ayant acquis le statut d'États indépendants. Dans un cadre fédéral, il faut que le droit précise, dans un domaine donné, qui s'occupe de quel outil, de quel moyen d'action, de quel canal d'intervention. Soit que la loi constitutionnelle énumère elle-même les compétences par référence à des législations ou des institutions existantes - au risque de figer ce qui existe et de méconnaître des évolutions nécessaires. Soit qu'elle pose des principes juridiques à la lumière desquels les compétences sont réparties.

Le système belge n'a pas vraiment

tranché cette question. Il arrive que les compétences des entités fédérées soient limitativement énumérées, l'État fédéral restant compétent pour les matières non énumérées... ou pour investir un nouveau champ d'action. Il arrive au contraire que les entités fédérées soient désignées comme l'autorité en principe compétente, l'État fédéral ne restant compétent que pour des matières déterminées. Très souvent, cette matière n'est cependant pas si déterminée que cela. En matière de santé, par exemple, les Communautés sont désignées comme compétentes en principe, sauf certains domaines... dont l'assurance maladie. Mais aucune règle juridique - si ce n'est évidemment la réglementation de sécurité sociale elle-même, ne détermine ce que contient exactement la sécurité sociale, ce qu'elle devrait contenir ou contiendra à l'avenir. La dépendance des personnes âgées, par exemple, doit-elle faire partie du régime des soins de santé ? Ou de celui des pensions ? D'un régime distinct à créer au sein de la sécurité sociale ? Ou en dehors de la sécurité sociale ? D'une assurance privée fiscalement encouragée ? Faut-il, après tout, faire quelque chose de spécifique dans le domaine ?

A moyen terme, il est probable que, par la technique des accords de coopération et la jurisprudence de la Cour d'arbitrage, on pourra « se débrouiller » pour résoudre les problèmes. Mais, à plus long terme, des questions inédites ne manqueront pas de se poser, nécessitant soit une adaptation soit une clarification du système. En ce sens, on doit effectivement parler du caractère

« évolutif » du système fédéral belge.

•••• **Modifier le paysage sans changer la Constitution**

Une modification importante du paysage institutionnel peut se réaliser sans apporter de modification de la Constitution ou des lois spéciales, en modifiant le contenu de l'un ou l'autre dispositif. A la limite, si le législateur de sécurité sociale décidait de supprimer une branche de la sécurité sociale, le vide ainsi créé serait comblé par les Communautés (s'il s'agit des allocations familiales, des soins de santé, des pensions) ou par les Régions (s'il s'agit du chômage et des autres prestations servies par l'ONEM). Évidemment, il s'agit d'un scénario théorique.

D'une part, aucun parti, aucune force politique ne plaide pour la suppression complète de la sécurité sociale ou d'une branche entière de la sécurité sociale. Une opération aussi radicale placerait d'ailleurs la Belgique en infraction par rapport à plusieurs engagements internationaux. Et, surtout, il est impossible de transférer une compétence aussi « lourde » financièrement sans modifier le financement des Communautés et/ou des Régions ; et ce financement est établi par des lois spéciales. Il arrivera peut-être un jour que l'État fédéral belge soit réduit à une coquille vide. En fonction des masses financières actuellement en jeu, on en est loin. Les entités fédérées dépensent ensemble environ 31 milliards d'euros, dont 4,6 milliards concernent des dispositifs

plus ou moins corrélés à la protection sociale. Le budget de l'État fédéral est d'environ 46 milliards, dont 17 milliards sont consacrés à la « cellule sociale³ ». Mais la sécurité sociale fait l'objet d'un compte séparé. Le total de la protection sociale fédérale, sécurité sociale comprise, s'élève à environ 55,7 milliards, dont 43 milliards pour la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Mais évidemment, d'autres scénarios, plus nuancés, sont envisageables. Par exemple, l'assurance maladie doit-elle rembourser des soins non médicaux ? La question se pose notamment pour l'aide dans les gestes de la vie quotidienne à des personnes (âgées ou non) dépendantes.

En Belgique, la réponse est oui : l'INAMI dépense près de deux milliards d'euros en soins infirmiers à domicile ou en prestations dans les maisons de repos pour personnes âgées ou en maison de repos et de soins, qui concernent essentiellement des soins de ce type. Le budget 2003 de l'INAMI prévoit encore une croissance de 14% de ces secteurs, après plusieurs années de croissance à deux chiffres. Sans y paraître, l'INAMI a investi dans ce qui constitue au moins un aspect de « l'assurance autonomie », bien plus que la nouvelle assurance flamande. Mais cette réponse n'est nullement dictée par une définition juridique qui s'impose au législateur de sécurité sociale, ni par la logique propre d'une assurance maladie. En Allemagne et en Autriche, l'assurance maladie s'entend à la couverture des soins médicaux. C'est d'ailleurs ce qui a

• Dé-fédéraliser la sécurité sociale ? • (suite)

nécessité la création, dans ces pays, d'une assurance autonomie (ou assurance de soins) spécifique. Si le législateur fédéral décidait de supprimer ces rubriques (il suffirait d'une modification de la loi organique de l'assurance maladie), ce type de prestations relèverait sans doute des Communautés. Il n'est même pas nécessaire de modifier la réglementation : il suffit de ne pas l'adapter à l'évolution des besoins. La création de l'assurance soins flamande répond au fait que les interventions de l'assurance maladie sont trop limitées dans ce domaine (pas de prise en charge des frais de séjour, etc.).

Autre exemple, l'assurance chômage belge est la seule au monde à couvrir le chômage des jeunes à la recherche de leur premier emploi et le chômage de longue durée. Partout ailleurs, ces risques sont couverts par l'assistance - lorsqu'ils sont couverts. Si le législateur belge décidait de supprimer les allocations d'attente, ou de remplacer le fameux article 80 de la réglementation⁴ par une limitation linéaire des droits dans le temps, ou d'exclure systématiquement les chômeurs indisponibles sur le marché de l'emploi, les travailleurs concernés relèveraient essentiellement des CPAS. Les CPAS sont financés en partie par l'État fédéral, en partie par les communes (et donc indirectement par les Régions, par le biais du Fonds des communes). Cette mesure peut se réaliser par simple arrêté royal. La troisième pourrait même s'accomplir en appliquant simplement la réglementation en vigueur. Il va sans dire qu'aucun principe juridique, de droit belge ou de droit international, n'impose de prendre en charge le

chômage des jeunes ou le chômage de longue durée dans le cadre de la sécurité sociale au sens strict. Au contraire, la Belgique est à peu près seule dans sa position, et elle a parfois du mal à défendre ses choix de politique sociale face à la « pensée unique » diffusée par certaines instances internationales, ou même devant la Cour de justice des Communautés européennes.

Ces deux exemples sont donnés pour illustrer le thème central de cet article : la situation de la protection sociale dans le paysage institutionnel est inséparable du contenu de la protection sociale. Je propose d'approfondir cette idée en passant en revue quelques thèmes particuliers.

• • • • Soins de santé : une politique commune ?

Les institutions flamandes (parlement et gouvernement), et la majorité des partis politiques flamands, demandent la communautarisation des soins de santé. Cette position a été nourrie par des polémiques sur l'application uniforme de la législation et par des sophismes sur la cohérence entre les politiques fédérales et communautaires⁵. Si l'on décante un peu les choses, le débat se résume en fait à une question : veut-on une politique de santé fédérale, c'est-à-dire unique ? La réponse est moins simple qu'il n'y paraît.

Le secteur des soins de santé a été le premier visé dans le thème journalistique des « abus wallons » : abus des prestataires ou des bénéficiaires.

• • • • Les données sur les dépenses de santé

En 1993, lorsque ont été modifiées les structures de l'INAMI, le nouveau Conseil général des soins de santé a été chargé d'établir des rapports annuels « sur l'application uniforme de la législation ». Fin politique, le Conseil général s'est acquitté scrupuleusement de sa mission tant qu'il a senti une pression en ce sens. Cette pression ne s'étant plus guère fait sentir ensuite, le quatrième et dernier rapport date de novembre 1999. Depuis lors, le groupe de travail chargé d'établir ces rapports se réunit de façon très sporadique.

L'apport essentiel de cette démarche a été de considérablement améliorer la collecte et le traitement des données statistiques sur les dépenses de santé. Tenant compte de ce que le système sous la tutelle de l'INAMI couvre l'ensemble de la population belge (à l'exception des marins de la marine marchande et des fonctionnaires internationaux...), on peut dire que la Belgique possède sans doute un des systèmes statistiques les plus performants au monde sur les dépenses publiques de santé. A partir de là, les différents rapports n'ont fait que confirmer et mettre en chiffres plus ou moins précis ce que tout le monde ressentait confusément.

• • • • Des différences justifiées...

Au sens strict, l'« application uniforme de la législation » est un concept dépourvu de sens. La législation est

fédérale, appliquée par des instances fédérales. Et surtout, elle laisse très peu de pouvoir d'appréciation à l'autorité. Les remboursements sont dus dès que l'assuré remplit les conditions d'assurabilité et que la prestation effectuée répond aux conditions de la nomenclature. Dans les deux cas, il s'agit de conditions purement objectives, vérifiables par des employés sans qualification particulière travaillant sur la base de directives univoques.

Il existe assurément des infractions à la législation, mais les rapports des instances de contrôle ne relèvent aucune distorsion significative entre les diverses Régions.

L'application uniforme ainsi entendue ne suffit cependant pas à lever le débat. L'analyse des dépenses révèle de fortes disparités entre les arrondissements du pays. L'agrégation régio-

nale des différents arrondissements aboutit à une légère surconsommation wallonne par rapport à la moyenne belge (de l'ordre de 105%), une surconsommation beaucoup plus importante de Bruxelles (de l'ordre de 125%), et une « sous-consommation » flamande corrélative.

Une analyse plus fine permet de constater que ces différences ne sont pas homogènes d'une rubrique à l'autre. Globalement, la Flandre est « sur-consommatrice » de soins de première ligne, spécialement en ce qui concerne les soins non médicaux aux personnes âgées (soins infirmiers à domicile, maisons de repos, etc.). La Wallonie est « sur-consommatrice » de prestations techniques, spécialement dans le domaine du diagnostic (biologie clinique, imagerie médicale), et de médicaments. Bruxelles exacerbe la tendance wallonne, surtout dans le contexte hospitalier.

Pour évaluer si ces différences peuvent être « objectivement justifiées », le Conseil général s'est demandé dans quelle mesure les différences étaient corrélées à un certain nombre d'indicateurs censés illustrer un risque de santé aggravé. Par exemple, la concentration de personnes âgées dans une région influence certainement le niveau des dépenses. Il en va de même de la présence de divers indicateurs de pauvreté (taux de chômage, habitat ancien, etc.). Selon cette méthode, les différences entre Flandre et Wallonie sont plus que justifiées : on aboutit même à la conclusion que la Wallonie sous-consomme par rapport aux « besoins de santé » approchés par cette méthode. Seule Bruxelles a un niveau de dépenses « justifiées » proche des dépenses réelles. Mais tout le monde sent bien que cette méthode dite « de régression linéaire », basée sur l'observation de corrélations statistiques, ne vide pas le débat.



•••••
... jusqu'à un certain point

Par exemple, il est bien connu que le chômage occasionne des besoins de santé spécifiques, plus importants que ceux d'un travailleur disposant de revenus réguliers et raisonnablement épanoui dans son travail. La question est de savoir si les écarts de dépenses observés dans l'assurance maladie sont liés à cette donnée de santé publique. Il faut bien constater qu'il n'en est probablement rien. On peut sans doute s'attendre à ce qu'un chômeur recoure davantage à des traitements antidépresseurs, ou soit davantage concerné par des maladies liées à la pauvreté (insalubrité du

• Dé-fédéraliser la sécurité sociale ? • (suite)

logement, mauvaise nourriture) ou par les effets sur la santé des « moyens d'évasion » auxquels on recourt quand on est dans la misère (alcool, drogue...). On voit moins pourquoi il recourt aussi davantage à des analyses de laboratoire ou à des prestations de radiologie. Ou plutôt, on sait pourquoi : non pas en raison de pathologies spécifiques, mais en raison du fait que, pour une personne à faibles revenus, la médecine « de seconde ligne » prestée dans les hôpitaux et les polycliniques est paradoxalement moins chère que la médecine « de première ligne » souvent prestée par un prestataire indépendant dans un contexte « bourgeois » (cabinet privé), sans tiers payant, avec souvent des dépassements de tarif. En réalité, tout indique que la « surconsommation » des chômeurs (ou d'autres catégories sociales corrélées à une situation de pauvreté) ne répond que très partiellement à leur besoin de santé, et bien davantage à des phénomènes liés à l'offre de soins. Par rapport à leurs besoins spécifiques de santé, tout indique que les chômeurs (et les pauvres en général) sous-consomment parfois tragiquement.

Des constatations du même genre peuvent être faites en rapport avec les autres facteurs explicatifs retenus dans le modèle, y compris le facteur apparemment objectif de l'âge. Il est bien connu que le risque de santé augmente avec l'âge. En réalité, 80% des dépenses de l'assurance maladie concernent des personnes dans les derniers mois de leur vie. Mais l'augmentation des dépenses de santé des personnes âgées n'est pas uniquement liée aux maladies spécifiques développées par ces personnes. Ainsi, les dépenses des bénéficiaires de

l'intervention majorée (« VIPO 100 ») sont de 60% supérieures à celles des bénéficiaires de la même classe d'âge et du même statut social, qui paient le ticket modérateur normal (« VIPO 75 »)⁶ ? Comment interpréter cette différence ? A priori, il est tout de même bizarre que des personnes à faibles revenus consomment considérablement plus que des personnes à revenus élevés ou moyens. Dans une certaine mesure, il peut y avoir corrélation entre pauvreté et besoin de soins. Mais dans une telle proportion ? Deux interprétations s'affrontent : les uns diront que le « statut VIPO » déresponsabilise l'assuré ; les autres diront que le ticket modérateur empêche des assurés à revenus moyens de se soigner convenablement. Il y a probablement de la vérité dans les deux approches. Mais en tout cas, le « statut VIPO » n'est certainement pas la seule façon, ni probablement la meilleure, d'assurer l'accès aux soins des personnes à faibles revenus. L'influence de ce statut n'est donc pas non plus une donnée incontournable des dépenses de santé.

Pour sortir réellement de la controverse, il faut donc relier les dépenses à des données concrètes sur la pathologie. Des efforts importants ont été accomplis ces dernières années, aussi bien pour obtenir des données que pour réformer le financement du système.

• • • • **Interroger les pratiques médicales**

Toutes les études ponctuelles qui ont été menées confirment l'existence d'énormes différences dans les

pratiques de soins, y compris par rapport à des pathologies très courantes qui font l'objet de consensus dans la littérature médicale (par exemple, l'ablation de l'appendice). Ces différences entre hôpitaux ne sont plus de 1 à 1,05 ou 1,26, mais de un à quatre, voire davantage ! Et ces différences ne sont en rien corrélées à une qualité des soins. Au contraire, les pratiques « sur-consommatrices » représentent souvent un risque accru de traitement inadéquat, par exemple des opérations inutiles, qui représentent un risque de complications ou d'infections virales.

Mais pour réellement corriger cet état des choses, il faut prendre le mal à la racine, c'est-à-dire interroger les pratiques médicales. Il faut mettre en cause des caractéristiques fondamentales du système belge, auquel les médecins, mais aussi les patients, sont très attachés : la liberté thérapeutique du médecin et la liberté de choix du patient.

L'assurance maladie belge repose sur le principe que l'on rembourse des actes dont la nature et la quantité sont librement déterminées par le prestataire, lui-même librement choisi par le bénéficiaire. Le droit du bénéficiaire de recourir au prestataire de son choix n'est pas juridiquement limité. Au cours des dernières années ont été prises quelques mesures incitatives, comme des remboursements préférentiels aux assurés qui adoptent des comportements plus économiques (par exemple l'inscription chez un « médecin de famille »), mais ces mesures restent limitées. Le libre choix est limité économiquement, par le prix que réclament les prestataires non conventionnés et par le surcoût

que peut entraîner un « papillonnage » excessif.

Quant à la liberté thérapeutique des prestataires, elle n'est limitée que par l'obligation déontologique, inscrite également dans la loi sur l'assurance maladie, de « tenir compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société », de ne pas prescrire des examens ou des traitements « inutilement onéreux » et de ne pas exécuter ou faire exécuter des prestations « superflues ». La liberté thérapeutique n'est donc limitée que par les abus manifestes reconnus par la profession elle-même. Or, à efficacité égale, tous les traitements ne sont pas d'un prix équivalent, même s'ils ne s'écartent pas des pratiques généralement reçues de la bonne médecine. En gros : la médecine technique coûte plus cher que la médecine dite « intellectuelle », sans que le surcoût soit nécessairement en rapport avec le gain d'efficacité.

••••

La « mortalité évitable »

La réglementation s'est également dégage des références à la faute de l'assuré. En dehors de la faute intentionnelle (automutilation...), statistiquement dépourvue de signification, l'assurance rembourse les frais sans discuter des causes de la maladie. Les assurés sont principalement responsabilisés par le biais des « tickets modérateurs », qui ne tiennent guère compte de l'origine de la maladie. Le caractère « responsabilisant » des tickets modérateurs est d'ailleurs controversé, ne serait-ce que parce qu'ils sont ré-assurables, y compris dans le cadre de régimes collectifs ou d'assurances de groupe,

et parce qu'ils frappent de façon égale quel que soit le montant des revenus. Cette caractéristique de l'assurance maladie est parfois mise en question, explicitement ou implicitement, en rapport avec la morbidité dite « évitable », qui résulte de la négligence ou de la faute de l'intéressé, ou qui pourrait être évitée par des mesures de prévention, de la part de l'intéressé ou des pouvoirs publics (toxicomanie, alcoolisme, accidents de la route, nourriture inadéquate, cancers non dépistés, absence de sport, etc.).

Aucune étude flamande, ni même aucune imprécation du Vlaams Blok, n'est de nature à autant nourrir les préjugés à la limite du racisme que les cartes de la « mortalité évitable » établies par le ministère fédéral de la Santé publique. Il s'agit de cartes de la Belgique où chaque cas de décès jugé évitable est marqué par un point noir dans la commune où il est survenu. On a ainsi établi des cartes de mortalité à la suite d'un accident de la route, de la cirrhose du foie, d'overdoses de drogues, où le sillon industriel wallon et les communes pauvres de Bruxelles forment chaque fois des taches noires face à une Flandre à peine maculée. Ce n'est que pour les cancers d'origine gynécologique que la tendance est inversée : les Flamandes, plus pudiques, hésiteraient-elles davantage à recourir aux examens préventifs ?

Ces controverses ne sont pas à priori communautaires. Les médecins flamands ne sont pas les moins virulents pour s'opposer à la réglementation de la liberté thérapeutique. Les critiques de l'« État providence » au nom du « hasard moral » ne viennent pas en

première ligne des milieux flamands. Pendant un certain temps, certains ont cependant propagé la suspicion qu'il existait une corrélation entre l'appartenance communautaire et les comportements non économiques des médecins ou le « hasard moral » dans le chef des assurés. Mais corrélation ne veut pas dire lien causal, et il est très risqué de mettre en avant des arguments de ce type si l'on ne veut pas ouvrir la voie à des mises en question dangereuses, y compris en Flandre.

En reste finalement un argument, ou plutôt une hypothèse, selon laquelle la frontière linguistique belge serait, entre autres nombreuses choses, le point de démarcation entre les pratiques « latines » et « anglo-saxonnes » de la médecine. Autrement dit, les universités francophones enseigneraient « une autre médecine » que les universités flamandes. Si cette hypothèse se vérifie, et si la médecine « francophone » est effectivement plus chère (parce que plus technique, plus médicamenteuse, plus institutionnelle...), il s'agirait indiscutablement d'une source de tensions. Des différences non objectivement justifiées par des pathologies sont en effet peu compatibles avec un système unitaire. La question serait alors de savoir où situer les priorités : dans le maintien d'une solidarité fédérale, ou dans le maintien de la liberté thérapeutique. Cette question a une forte connotation émotionnelle, aussi bien pour les patients que pour les médecins. Il suffit de voir le malaise exprimé actuellement par le corps médical - principalement les médecins généralistes francophones, face à des mesures destinées à réduire les écarts de pratiques, dont tous ceux qui

• Dé-fédéraliser la sécurité sociale ? • (suite)

suivent le dossier, y compris les syndicats reconnus, admettent que, loin de remettre en cause les principes en vigueur, elles représentent une amélioration sensible des droits de la défense.

• • • • L'assurance chômage

L'assurance chômage, comme les autres revenus de remplacement, n'est pas visée par les revendications flamandes de communautarisation. Elle ne présente d'ailleurs guère de lien avec des matières personnalisables. Dans son cas, une dé-fédéralisation devrait prendre la forme d'une régionalisation. Cela ne signifie pas que les controverses communautaires sont absentes du secteur.

Une controverse assez vaine a été menée, dans les années nonante, sur la répartition régionale du chômage. Des études flamandes ont voulu montrer que le taux de chômage wallon était de très loin supérieur au taux de chômage flamand, et que l'assurance chômage générerait donc un énorme transfert financier entre la Flandre et la Wallonie. Une étude universitaire commanditée par le Conseil économique et social de la Région wallonne a cherché à relativiser ces chiffres, et à démontrer que les transferts n'ont pas toujours été dans le même sens. Toutes ces études et contre-études n'ont pas ajouté grand-chose à ce que l'on savait déjà en lisant les communiqués de l'ONEM.

Si l'on totalise l'ensemble des

bénéficiaires d'allocations payées par l'ONEM, la Wallonie compte environ 40% des « chômeurs », la Flandre 48% et Bruxelles 12%, alors que la répartition régionale de la population active est respectivement de 32%, 58% et 9,5%. Mais si l'on compte uniquement les chômeurs complets indemnisés, inscrits comme demandeurs d'emploi (à l'exclusion donc des pré-pensionnés, des chômeurs âgés, des interruptions de carrière, etc.), la Wallonie représente 46%, la Flandre 39% et Bruxelles 15%. La Wallonie compte 51% des chômeurs de moins de 25 ans, 62% des jeunes bénéficiaires d'allocations d'attente, et 62% des chômeurs en chômage depuis plus de deux ans.

Ces chiffres montrent donc qu'il existe effectivement un transfert de dépenses vers la Wallonie, et plus encore vers Bruxelles, mais que la structure du chômage est très différente. La Flandre profite beaucoup plus de dispositifs (pré-pension, crédit-temps...) qui adoucissent le chômage. La Wallonie et surtout Bruxelles subissent de plein fouet le chômage associé à l'exclusion sociale.

Lorsqu'on fait état de ces données en Wallonie, c'est généralement pour relativiser la problématique des transferts. Curieusement, très peu de voix s'élèvent pour l'interroger en termes de politique sociale.

L'assurance chômage belge présente la particularité de servir des allocations ordinaires d'un niveau particulièrement médiocre, que la référence soit les salaires nets, la comparaison avec les pays voisins (Royaume-Uni

excepté) ou même les indicateurs de pauvreté. De plus, elle investit de façon très modique dans ce que l'on appelle aujourd'hui la « politique active », laquelle, contrairement à ce que l'on entend dire dans certains milieux, ne se réduit pas à apprendre à rédiger des *curriculum vitae* à l'adresse d'employeurs qui n'embauchent pas, ou à proposer des formations sans se préoccuper de leur finalité. La « générosité » de l'assurance chômage belge consiste surtout à servir des allocations sans limite de durée, sans enquête sur les ressources et sans contrôle très systématique sur la disponibilité pour le marché de l'emploi, et à placer les jeunes en attente de leur premier emploi dans le régime général.

Cette politique arrange clairement, sinon la Flandre, en tout cas les représentations qui y sont dominantes. A savoir qu'à l'exception de quelques « cas sociaux », le chômage structurel masculin est pratiquement inexistant « à l'état pur ». Lorsqu'il existe, il est pris en charge par des dispositifs spécifiques comme la pré-pension ou le régime des chômeurs âgés. Le chômage flamand est majoritairement un chômage de femmes cohabitantes, dont la représentation dominante veut qu'elles se satisfont assez bien d'une allocation apparentée à une indemnité de femme au foyer.

La Wallonie et plus encore Bruxelles sont au contraire confrontées de plein fouet au chômage associé à la misère et à l'exclusion - ou sont moins obnubilées par leur image de marque pour reconnaître un fait qui touche aussi la Flandre. Une prise en compte des

besoins wallons et bruxellois ne devrait-elle pas conduire à relever substantiellement certaines allocations (notamment en première période de chômage) et à transférer massivement de l'argent vers la politique dite « active » ?

Une telle évolution est compliquée par le fait que l'assurance chômage relève du fédéral, tandis que certains aspects de la politique de l'emploi (notamment le placement et la formation des chômeurs) relèvent des Régions et des Communautés.

La séparation des matières entre entités politiques et organismes séparés, voire antagonistes, ne simplifie effectivement pas le problème. Mais cette séparation n'est pas directement liée à la réforme de l'État. La notion de « chômage involontaire » est un problème récurrent depuis que l'assurance chômage existe. Dans la plupart des pays, le problème est contourné par le fait que l'assurance est limitée à un crédit, en fonction par exemple du passé professionnel, et est complétée par un système d'assistance. Dans ces contextes, la « logique d'assurance » (le crédit acquis sur la base de cotisations) ou la « logique d'assistance » (la garantie d'un minimum de ressources) peuvent faire passer au second plan l'exigence que le chômage soit involontaire. Tel n'est pas le cas dans le cadre du système belge, où la couverture par l'assurance est en principe illimitée.

Dans le cadre de l'ONEM unitaire, les services de placement fonctionnaient en fait comme contrôleurs des obligations des chômeurs. Ce système

faussait totalement la relation entre le placeur et le demandeur d'emploi, mais aussi entre le service de placement et les employeurs. En 1979, avant donc la régionalisation de la politique de l'emploi, les bureaux de placement ont été séparés des bureaux de chômage. Depuis, on est toujours à la recherche d'un système permettant de vérifier efficacement, équitablement et systématiquement la volonté de travail des chômeurs. En tenant compte de ce que le débat est aussi traversé par la controverse sur la pertinence même du concept de « chômage involontaire ».

Un facteur indiscutable d'incohérence est par contre que les Régions ont en fait hérité des moyens gérés par les anciens services de l'emploi de l'ONEM. Depuis lors, on a assisté à une explosion du chômage de longue durée, et à une nouvelle sensibilité à l'égard du caractère « actif » de la politique de chômage. Idéalement, cela devrait se traduire par un transfert massif de fonds entre l'assurance chômage et les instances chargées de l'emploi. Faute de consensus sur cette idée, le fédéral a eu tendance à se réapproprier une bonne part de la politique de l'emploi par les mécanismes à sa disposition, comme le droit du travail, la (para)fiscalité, et aussi l'assurance chômage elle-même. Par les aides locales pour l'emploi (ALE), les activations et les « dispenses » (pour formation, pour installation comme indépendant), l'ONEM est (re)devenu un interlocuteur du chômeur en matière de placement - peut-être l'interlocuteur principal, en ce qui concerne les chômeurs de longue durée.

Ce débat ne doit évidemment pas déboucher sur la régionalisation de l'assurance chômage, ni d'ailleurs sur une re-fédéralisation complète de la politique de l'emploi. D'abord, parce que son premier effet pourrait être de nuancer ou relativiser certaines représentations de la réalité flamande elle-même. Ensuite, parce que la logique d'un système fédéral est précisément de couvrir les besoins sociaux tels qu'ils se présentent, et non de servir des représentations propres à une Région ou à une Communauté.

•••• Conclusion

Réduit à un format acceptable pour une revue généraliste, cet article ne pouvait prétendre être complet. Il n'aborde pas certains thèmes sensibles, comme les allocations familiales (également dans le collimateur des revendications flamandes) ou les prestations d'invalidité. Le thème très médiatisé de l'assurance autonomie des personnes âgées a été abordé dans plusieurs passages, mais de façon en quelque sorte anecdotique, sans exposé systématique. Même sur les sujets abordés, il faudrait compléter, nuancer - voire contester - plusieurs de mes affirmations. Je ne m'attends pas, par exemple, à faire un consensus sur mon plaidoyer en faveur d'une politique active de l'emploi. Mon objectif n'était pas de chercher un consensus communautaire. Au contraire, en soulignant que les débats institutionnels sont inséparables des débats de fond sur le contenu de la protection sociale, j'appelle à une appropriation, ou plutôt à une ré-

• Dé-fédéraliser la sécurité sociale ? • (suite)

appropriation, de ces débats de fond.

(1) Rappelons pour les non-initiés que la « grapa » est en fait une pension minimum, payée par l'Office national des pensions, et financièrement à charge de la gestion globale de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

(2) Voir mon article « Assurance autonomie des personnes âgées. L'évolution d'un débat bien belge », *La Revue nouvelle*, V-VI, 1999, p. 28.

(3) Pensions de fonctionnaires, allocations pour handicapés, intervention de l'État dans la sécurité sociale, dans le financement des hôpitaux et des CPAS, etc.

(4) L'article 80 de la réglementation du chômage prévoit l'exclusion des chômeurs dont le chômage se prolonge au-delà d'une certaine durée, à moins qu'ils ne démontrent qu'ils ont besoin de leur allocation pour vivre ou que la prolongation de leur chômage ne leur est pas imputable.

(5) Voir mon article « Communautarisation de la sécurité sociale. Pour un front du refus des sophismes », *La Revue nouvelle*, XI, 1996, p. 21.

(6) Le « bénéfice de l'intervention majorée » (« statut BIM ») est subordonné à une condition de revenu.

Comité de vigilance en travail social

Catherine Bosquet, assistante sociale, professeur à l'École sociale Paul-Henri Spaak, Bernard Hengchen, assistant social, professeur à l'Institut Cardijn, Betty Nicaise, criminologue, coordinatrice de la Fédération des centres de service social bicommunautaires, Julien Pierret, juriste à la Ligue des droits de l'homme

Le travail social vit une grave crise d'identité. Parmi d'autres facteurs rendant compte de cette crise, les pressions exercées sur les travailleurs sociaux pour orienter leurs attitudes et leurs actions vers une dérive sécuritaire sont des plus inacceptables. Le secteur réagit en créant un Comité de vigilance en travail social.

En septembre 2002, le chef de cabinet du ministre de l'Intérieur Antoine Duquesne souhaitait enjoindre aux travailleurs sociaux du CPAS d'Anvers de dénoncer les illégaux qui ne voulaient pas rentrer chez eux, sous prétexte que « les assistants sociaux sont des citoyens comme les autres et doivent dénoncer les infractions dont ils ont connaissance ».

Alarmés tant par les arrestations de juin 2002 que par l'affaire du CPAS d'Anvers, mais également par les pressions pesant sur les éducateurs engagés par exemple à Everberg, les membres du comité de soutien ont décidé de lancer un projet de « bureau des plaintes » auquel les travailleurs sociaux pourraient s'adresser lorsqu'ils subissent des pressions en matière de secret professionnel et de déontologie. Les buts de ce Comité de vigilance en travail social seront d'une part, de soutenir et d'offrir une écoute aux travailleurs sociaux qui sont parfois très isolés dans ce genre de circonstances ; d'autre part, d'instruire ces plaintes et de les faire connaître, que ce soit en allant devant une instance syndicale ou disciplinaire, voire en justice si le cas s'y prête ou en interpellant le politique et l'opinion publique.

Historique

Cet été (2002), deux travailleurs sociaux de Solidarité socialiste, Myriam Vastmans et Jaffar Naser, travaillant avec des réfugiés, ont été arrêtés et détenus pendant six semaines en préventive, sous l'inculpation de « traite d'êtres humains » et « association de malfaiteurs ».

Suite à ces arrestations, un comité de soutien a été créé afin d'alerter les responsables politiques et judiciaires, ainsi que l'opinion publique, sur certaines dérives qui menacent le secteur social. Par la suite, plusieurs groupes de réflexion se sont créés. En est issu le Comité de vigilance en travail social.

Objectifs

Dans des secteurs très divers, des travailleurs sociaux font l'expérience de se trouver confrontés à une volonté de mainmise du répressif sur le social. En contact dans l'exercice de leur travail avec des personnes faisant

l'objet d'une volonté de criminalisation de la part des autorités, ils subissent des pressions toujours plus fortes et plus nombreuses.

Cette pression inquiète de nombreux professionnels, non seulement parce qu'elle les confronte aux conséquences de leurs actions mais surtout parce qu'elle touche les professions concernées au plus profond de leur professionnalisme, de leur éthique et de leur déontologie. Elles risquent ainsi d'engendrer des conséquences dramatiques.

Face aux événements graves qui se sont succédé depuis plusieurs années, nous croyons important de réagir de manière à maintenir les conditions d'exercice d'un travail social dans un cadre qui en respecte les finalités, les principes éthiques et les règles déontologiques.

Pour ce faire, nous avons décidé de constituer un Comité de vigilance en travail social de travailleurs sociaux et de travailler à la poursuite des objectifs prioritaires suivants :

- La constitution d'un lieu où les travailleurs sociaux pourraient venir témoigner de ce qu'ils vivent. Il s'agirait à partir de ce lieu, outre l'écoute apportée, d'instruire les témoignages amenés, d'offrir un soutien individuel le plus approprié, mais aussi de rassembler les témoignages recueillis, de les analyser afin de construire nos revendications ;
- L'analyse et le suivi au niveau politique des plaintes. En effet, des actions en direction des médias et

• Comité de vigilance en travail social • (suite)

le lobbying politique sont nécessaires si nous voulons aboutir à une modification de la législation et/ou des pratiques ;

- La mobilisation des travailleurs sociaux afin de créer un rapport de force favorable ;
- A moyen terme et de façon régulière, organiser des conférences de presse ayant comme but de rendre publiques diverses réformes imaginées au sein du Comité ;
- La création de groupes de travail spécifiques à certains thèmes et/ou secteurs du travail social ;
- A plus long terme, un colloque pourrait être organisé autour de cette thématique ainsi que la publication d'un dossier.

Le projet se base sur une réflexion politique qui a mené à la rédaction d'un texte plate-forme auquel nous demandons aux candidats d'adhérer formellement. Parallèlement, nous avons mené une réflexion sur le secret professionnel (voir article suivant).

Le comité sera composé de différents organes ayant chacun des attributions spécifiques. Il y aurait notamment un comité coordinateur où différents milieux seraient représentés : les associations qui prennent en charge les permanences, les milieux enseignant et syndical, une fédération de travailleurs sociaux, un avocat...

Ses principales missions seraient de coordonner l'organisation des permanences et le suivi des cas qui y sont soumis, d'imaginer et proposer à la plénière les solutions structurelles et/ou normatives permettant de résoudre

certaines situations récurrentes, d'exécuter les décisions prises en plénière, de représenter le comité auprès des médias et des pouvoirs publics, d'assurer la gestion quotidienne du Comité de vigilance, de coordonner les travaux des groupes de travail.

Des permanences seront organisées et viseraient à recueillir les témoignages de travailleurs sociaux et à fournir un conseil ou une orientation sous la supervision du comité coordinateur.

En vue de réaliser certains objectifs, il sera nécessaire de créer des petits groupes de travail chargés de prendre en charge ces objectifs précis. La création de ces groupes appartiendra à la plénière. Leurs travaux seront coordonnés par le comité coordinateur qui proposera le résultat de ceux-ci pour approbation à la plénière.

Les permanences seront hébergées soit par la Ligue des droits de l'homme, soit par la Fédération des centres de service social, qui fourniront un minimum de logistique. Des fonds sont également nécessaires pour assurer la diffusion de l'information auprès des travailleurs sociaux. C'est dans ce but que nous avons fixé des montants de cotisations qui devraient nous permettre de rester autonomes dans notre travail. Au départ, nous ne fonctionnerons que sur base de cotisations.

On peut adhérer au Comité de vigilance en envoyant ses coordonnées à Betty Nicaise, fax : 02/223.37.75 ou courriel : <betty.nicaise@skynet.be> et en versant sa cotisation au 000-3251623-86 avec communication : « adhésion comité de vigilance ».

Les montants minimaux de la cotisation annuelle sont les suivants : institutions 25 euros, individus 10 euros, chômeurs, étudiants, retraités 5 euros. La cotisation donne droit de participer aux réunions plénières.

La Fédération des maisons médicales adhère pleinement à ce projet qui rend possible un lieu d'expression et de défense pour les travailleurs sociaux qui se sentiraient restreints dans leur liberté d'action. Cette démarche nous semble primordiale pour garantir la qualité de notre travail et avant tout la liberté des individus et de nos équipes.



Plate-forme

Dans des secteurs très divers (sans-papiers, toxicomanie, aide à la jeunesse, etc.), des travailleurs sociaux¹ font l'expérience de se trouver confrontés à une volonté de mainmise du répressif sur le social. En contact dans l'exercice de leur travail avec des personnes faisant aujourd'hui l'objet d'une volonté de criminalisation de la part des autorités, ils subissent des pressions dans ce sens toujours plus fortes et plus nombreuses. Les exemples de telles pressions sont monnaie courante.

Cette évolution inquiète de nombreux professionnels, non seulement parce qu'elle les confronte aux conséquences de leur action - aider des sans-papiers peut ainsi mener en prison - mais surtout parce qu'elle touche les professions concernées au plus profond de leur professionnalité, de leur éthique et de leur déontologie. Les pressions subies risquent en effet de produire des conséquences de trois types.

1.- Elles détournent les travailleurs sociaux de ce qui constitue le sens même de leur métier - à savoir, promouvoir le changement social, améliorer le bien-être général, favoriser la libération et l'épanouissement des personnes, le développement des groupes et des collectivités - en voulant les faire servir des politiques sécuritaires ne visant que le maintien de l'ordre, politiques qui sont parfois elles-mêmes à la limite de la légalité (centres fermés, mineurs).

2.- Elles rendent difficile, sinon impossible, la relation d'aide en

heurtant de front l'éthique du travail social (respect et autonomie de la personne, refus de se substituer à elle, secret professionnel et confidentialité, etc.). Parce qu'elles entretiennent la confusion entre l'aide et certaines fonctions de police, elles introduisent chez les personnes concernées une perte de confiance légitime, les incitent à se détourner des professionnels et à perdre ainsi le bénéfice d'une intervention à laquelle elles peuvent prétendre.

3.- Enfin, ces pressions se traduisent parfois par des sanctions prises à l'égard de professionnels qui exercent pourtant leur métier, voire elles les criminalisent et les jettent en prison parce qu'ils aident des personnes en situation d'illégalité.

Face aux événements graves qui se sont succédé depuis plusieurs années, nous croyons important de réagir de manière à maintenir les conditions d'exercice d'un travail social dans un cadre respectueux.

Pour ce faire, nous, personnes et associations initiatrices de cette plate-forme, décidons de nous constituer en « Comité de vigilance en travail social » de travailleurs sociaux (au sens large et de tous les secteurs) et de travailler à la poursuite d'objectifs prioritaires suivants :

- Apporter un soutien aux travailleurs sociaux qui subissent des pressions et des menaces qui les empêchent d'exercer correctement leur métier,

en réaffirmant fortement ces principes de base, mais aussi, si nécessaire, par un travail de soutien et de défense plus individualisé.

- Faire pression sur les employeurs pour les amener à prendre position en la matière et à apporter leur soutien aux travailleurs sociaux faisant l'objet de pressions illégitimes de la part d'une quelconque autorité.
- Dénoncer auprès de l'opinion publique les différentes situations de dérapage que nous aurions à connaître, ainsi que les logiques sécuritaires et les dérives inquiétantes qui en découlent, en montrant de quelle manière elles rendent difficile, sinon impossible, l'exercice d'un travail social respectueux des personnes pourtant indispensable au maintien et à la consolidation du lien social.
- Faire pression sur les politiques pour adapter les législations et « bétonner » les principes de base du travail social dans des textes précis, non pas dans le souci de se protéger frileusement, mais de manière à garantir à l'utilisateur une aide et un accompagnement qui sont clairement et nettement distincts d'une action répressive et/ou de simple contrôle.

(1) Nous invitons tous les professionnels, associations et personnes qui partagent nos inquiétudes à nous rejoindre et à soutenir notre action.

Réflexion autour du secret professionnel

Catherine Bosquet, assistante sociale, maître-assistant en méthodologie et déontologie, Haute école Paul-Henri Spaak – département social

Parallèlement à la constitution de la plate-forme du Comité de vigilance en travail social, une réflexion a été menée autour du secret professionnel.

Cette obligation faite à ce que l'on appelle le « confident nécessaire » répond à un droit du citoyen, de la personne, à la vie privée, et lui offre donc le droit de confier « ses » secrets à des personnes qui occupent une

fonction telle qu'elles sont habilitées à les recevoir, permettant ainsi l'établissement d'une relation de confiance indispensable à la mise en place de tout travail social, psychologique, médical...

Article 458 du Code pénal

« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs ».

Il serait trop long d'explicitier de manière approfondie cet article, mais quelques éléments d'information sont toutefois utiles.

Lors d'un témoignage en justice, le confident a le choix de parler ou de se taire : il n'y a pas d'obligation de parler mais plus non plus d'obligation de se taire. C'est le seul cas où le secret devient la « propriété » du professionnel et non plus celui du client, le droit (et non plus l'obligation) du professionnel de se taire comme de parler. La déontologie professionnelle nous aide alors à choisir en respectant l'intérêt du client, mais aussi l'intérêt de nos professions et de la société tels qu'énoncés plus haut.

Les seuls articles de loi correspondant à l'obligation de révéler les secrets (obligation de dénonciation), sont les articles 29 et 30 du Code d'instruction criminelle. Ils obligent respectivement les fonctionnaires (art. 29) et les citoyens

(art. 30) à dénoncer certains actes dont ils ont connaissance au Procureur du Roi.

Pour toute une série de raisons (pas de sanctions en cas de non-respect des art. 29 et 30 alors que sanctions pénales dans le cas de l'art. 458, antériorité des art. 29 et 30 par rapport à l'art. 458, jurisprudence qui considère incompatible ces obligations avec l'exercice des professions soumises au secret...), on a tendance à considérer ces deux articles comme obsolètes actuellement. Mais tant qu'ils ne sont pas abrogés, ils continuent à peser, et permettent de faire pression sur les travailleurs sociaux dans certaines institutions publiques.

L'article 422bis du Code pénal relatif à l'assistance à personne en danger, considéré parfois comme une exception à l'obligation de taire les secrets, ne constitue pas une obligation de dénonciation mais bien une obligation de porter secours, dans le respect de certaines conditions.

Ce n'est que quand la seule intervention possible est la dénonciation qu'on pourra faire appel à ce que l'on appelle l'état de nécessité pour sortir du secret. Ces circonstances restent exceptionnelles en ce qui nous concerne et la révélation doit toujours être précédée d'autres types d'interventions spécifiques à nos professions.

S'il est intéressant de s'attarder quelque peu au secret professionnel, même si c'est insuffisant quand on parle de déontologie, c'est qu'il est à la fois un des instruments permettant la réalisation d'un certain nombre de règles et de principes déontologiques propres à notre profession, mais aussi qu'il est le seul qui ait une reconnaissance légale forte par l'article 458 du Code pénal qui l'institue, obligation pénale donc sur laquelle on peut s'appuyer en toute légitimité, sans faire figure d'extra-terrestre pour tout qui n'est pas travailleur social.

Il faut d'abord rappeler qu'il s'agit bien d'une obligation faite à toute personne qui, par état ou par profession, est amenée à recevoir des secrets qu'on lui confie.

C'est bien ainsi que le législateur a voulu imposer une obligation de taire les secrets, qui est malheureusement trop souvent comprise comme un droit que s'arrogent les professionnels pour ne pas parler.

Rappeler à tous (travailleurs sociaux eux-mêmes d'abord mais aussi employeurs, pouvoirs publics...) qu'il s'agit d'abord d'une obligation et non d'un droit permet déjà de se dégager d'un certain nombre de pressions faites aux professionnels confrontés à une culpabilisation dans l'exercice de leurs missions.

Pour rappel, si le Code pénal ne parle explicitement que de certaines professions, il prévoit aussi la même obligation de se taire pour « toutes autres personnes, dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie ». Il est reconnu aux assistants sociaux la qualité de confident nécessaire, l'article 458 leur est applicable. L'article III.1. du Code de Déontologie belge des assistants sociaux nous rappelle cette obligation légale.

Mais il faut aussi rappeler que le législateur, en introduisant cette obligation dans le Code pénal, ne se contentait pas de la concevoir comme une réponse aux droits des personnes, en protégeant leur vie privée (droit depuis lors consacré dans notre Constitution), mais aussi comme une obligation qui permet de protéger l'intérêt des professions soumises au secret elles-mêmes, lesquelles ne pourraient exercer leurs missions sans cette garantie pour les personnes ; en effet, qui viendrait se confier à nous s'il ne se savait protégé par le secret, nous l'avons dit, mais du même coup,

qui pourrait exercer librement sa profession s'il n'était lui aussi protégé par le secret ?

Enfin le législateur a voulu protéger un autre intérêt par cette obligation, et il est bon de le rappeler dans le contexte sécuritaire que nous vivons actuellement, celui de la société. En effet, en permettant aux citoyens de confier leurs secrets à des professionnels soumis à l'obligation de les taire, il permet du même coup de diminuer les passages à l'acte, les tensions sociales et l'agressivité de ceux qui se voient dans le besoin de se confier.

En nous obligeant à parler dans certaines circonstances concernant certains types de personnes perçues comme potentiellement dangereuses ou décrites comme étant à l'origine du désormais fameux sentiment d'insécurité si cher à nos représentants politiques et concitoyens électeurs, il est fort à parier que l'insécurité, elle, augmente.

Le secret professionnel participe donc au contrôle social, au maintien de l'ordre social, permet de renforcer chez tous les citoyens un sentiment de sécurité impossible sans lui.

L'intérêt de la société ne pourrait donc passer, comme on voudrait nous le faire croire de plus en plus souvent, par notre participation à la recherche de la vérité ou à notre collaboration à la criminalisation de certaines catégories de personnes.

Analyse et évaluation des pratiques

Un cas particulier : le groupe d'intervision

Vanni della Giustina, psychologue à la maison médicale de Bautista Van Schowen

.....

Centré sur les patients toxicomanes, un groupe de soignants à Liège utilise une des méthodes que l'on peut utiliser à l'une ou l'autre étape d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins, l'intervision : il s'agit d'une démarche de construction collective, d'une mise en mots de situations professionnelles difficiles ou exemplatives, par les participants.

.....

Depuis plusieurs mois, je participe à trois expériences où j'ai le plaisir de rencontrer des membres de diverses maisons médicales :

- Le GIPSI, groupe qui réfléchit à la Gestion de l'information dans les pratiques de soins intégrés, et résulte de la rencontre entre des membres du Groupe informatique de la Fédération des maisons médicales (GIF) et d'Agir ensemble en prévention (AEP) ;
- le groupe « Toxicomanies » (entre guillemets) de l'intergroupe des maisons médicales de Liège (IGL) ;
- Le groupe d'intervision de l'IGL que je co-anime avec Martine Frères.

Quel est le point commun ? Je serais tenté de dire que c'est l'analyse et

l'évaluation des pratiques. Le cycle d'assurance de qualité, la boucle de recherche-action, le carnet de bord...* voilà des outils qui ont probablement leurs lourdeurs, leurs redondances, qui seront utilisés avec plus ou moins de bonheur ou de raideurs selon les sensibilités mais qui ont probablement l'intérêt majeur de permettre à des travailleurs de la santé qui ont des paradigmes disciplinaires (ça veut dire « des-façons-de-prendre-en-compte-les-problèmes-des-patients-tout-à-fait-spécifiques-à-leur-profession ») parfois très différents, de se rencontrer et de construire ensemble un ou des projets d'action concrets.

Quand on regarde l'histoire du mouvement des maisons médicales, on peut sans doute dire que l'analyse et l'évaluation critique des pratiques de soins de santé primaires, ainsi que les propositions de réformes, ont été le ferment (le germe) fondateur des centres de santé intégrés.

Si le GIPSI vise à l'analyse et l'évaluation des pratiques au travers de la gestion de l'information dont l'outil essentiellement visé est le dossier (papier ou informatisé), si le projet « Toxicomanies » (entre guillemets) de l'IGL vise à l'analyse et l'évaluation de pratiques d'accompagnement de ceux qu'on appelle (encore) les toxicomanes, le groupe d'intervision, quant à lui, propose l'analyse et l'évaluation des pratiques en maison médicale au travers d'une démarche de construction collective, d'une mise en mots de situations professionnelles difficiles ou exemplatives, par les participants.

On pourrait peut-être dire que nous, les deux psychologues qui co-animons

le groupe, sommes des professionnels du soutien de la mise en mot, de la mise en parole qui est censée, sur ce mode particulier, fonder une analyse et une évaluation des pratiques selon quatre axes dont nous sommes rendus compte qu'ils interagissent en permanence :

- le **patient** et la problématique spécifique avec laquelle il rencontre le soignant.
- le **soignant**, avec tout ce qui conditionne sa pratique : son histoire, sa formation, l'organisation professionnelle de son travail, ...
- l'**institution maison médicale**, son histoire propre, les valeurs qui sont les siennes, la « personnalité » de l'équipe, ...
- la **société** dans laquelle les maisons médicales évoluent, avec ses déterminants socioculturels tout à fait particuliers qui diffèrent d'un moment à l'autre de l'histoire.

Le fonctionnement actuel du groupe d'intervision nous amène à bien souvent traverser ces quatre axes dans chacune des situations qui sont présentées par les participants.

C'est l'évolution, à chaque fois particulière, de ce travail de construction d'une analyse et d'une évaluation des pratiques qui va déterminer l'accent particulier que le groupe pose sur l'un ou l'autre de ces quatre axes.

*Voir Santé conjugulée n° 18.