

**CAHIER**

**LA SECURITE  
SOCIALE**

**Cette dame est à jeter ?**

*C'est le 28 décembre 1944 que le prince Charles signait l'arrêté loi concernant la sécurité sociale des travailleurs. La sécurité sociale est un système qui établit une solidarité entre nantis et non nantis par rapport à des risques dont on cherche normalement à se prémunir, à savoir, le remboursement des soins de santé, la perte de revenus en cas de maladie, d'accident ou de chômage, une pension à l'âge de la retraite, un complément aux revenus des familles avec enfants.*

*Au cours des dernières années, des revendications entièrement nouvelles ont émergé, créant de nouveaux concepts ou donnant une signification nouvelle aux concepts en vigueur. Ainsi en 1945, l'assurance maladie-invalidité belge fonctionnait franchement comme un système de prévoyance dont la seule particularité était d'être obligatoire à l'égard de ceux qui entraient dans son champ d'application.*

*Elle est devenue, de nos jours, le principal partenaire financier et le principal régulateur de la politique de santé publique. Cette évolution traduit le fait que la santé n'est plus considérée comme un bien assurable, mais comme un droit de l'homme - tout le monde doit être égal, le plus égal possible devant la santé.*

## Sommaire

### La problématique

- La grande dame a cinquante ans *Jacques Morel*
- Le changement dans la solidarité *Joëlle Van Pé et Axel Hoffman*
- La sécurité sociale en danger : un prétexte pour ne rien faire ? *Pierre Drielsma*

### Les menaces : la fédéralisation

- Pour une fédéralisation partielle de la sécurité sociale *Danny Pieters*
- Des voix au-dessus des frontières *Jacques Morel, Ri De Ridder et Pierre Drielsma*

### Les menaces : la responsabilité financière des mutuelles

- La responsabilité financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives *Pierre Cools*
- Les perspectives du système des soins de santé pour le XXIème siècle *Jean Degré*

### Les menaces : la privatisation

- Justice sociale et individualisme libéral *Axel Hoffman*
- Privé. Défense d'entrer *Axel Hoffman*

### Les perspectives

- La nécessité du virage ambulatoire *Pierre Drielsma*
- Sécurité sociale et soins à domicile *Agnès Schiffino et Gérard Lemaire*
- La protection sociale dans le domaine des soins de santé :  
une comparaison européenne *Axel Hoffman*

### Les usagers ont la parole

### Conclusion

*Jacques Morel*

### Bibliographie



Cette dame est à jeter ?

*Jacques Morel,  
médecin  
généraliste.*

## La grande dame a cinquante ans

*Tous les jours, l'inquiétude et les difficultés à vivre d'un nombre plus important de citoyens que nous rencontrons comme praticiens, intervenants, permanents, accueillants nous interpellent ou interfèrent dans notre travail quotidien. C'est cela qui nous a poussés à construire ce dossier pour comprendre l'aujourd'hui et... prévoir demain.*

peut estimer qu'en Belgique, aujourd'hui pour une personne qui travaille, il y a une personne qui vit de revenus de remplacement. L'écart entre le nombre de cotisants et le nombre d'ayant droit s'est accru sous l'effet de l'évolution démographique et d'un progrès technique qui, plus rapide que la croissance économique s'est avéré destructeur d'emplois.

On mesure la complexité du problème quand on voit que les mesures de modération salariale, de réduction de cotisations, d'introduction d'un index santé pour limiter l'indexation des salaires conduisent à une diminution des recettes issues du travail.

Les réformes s'imposent donc avec une certaine profondeur...

---

### Ses plus nobles vertus : l'assurance et la solidarité

L'**assurance** d'être en mesure de négocier les moments importants de l'existence : la maladie, la perte d'emploi, les congés, la naissance et l'éducation des enfants, la retraite.

La **solidarité** pour organiser la redistribution des ressources entre bien et mal portants, entre jeunes et vieux, entre travailleurs et chômeurs, mais aussi entre haut et bas revenus, entre nantis et défavorisés.

Le sexagénaire au coeur fragile et le jeune sportif cotisent le même montant. Le cadre verse des cotisations plus importantes que l'ouvrier mais aura droit aux mêmes allocations familiales et en cas de perte d'emploi, ses indemnités ne correspondront que partiellement aux cotisations versées.

Aujourd'hui, la plupart des pays industrialisés vivent des difficultés comparables pour maintenir à cette grande dame les ressources de son efficacité. C'est qu'avec l'âge viennent l'essoufflement et les difficultés à s'adapter aux nouvelles réalités...

Le vieillissement de la population, l'emballement des dépenses de santé imposent de trouver des ressources nouvelles. Or, les ressources classiques puisées dans les cotisations liées au travail viennent à manquer. L'économie de marché s'organise au niveau mondial, recrute sa main-d'oeuvre là où elle coûte moins et se satisfait d'une situation de chômage structurel dans les pays industrialisés. On

---

### Quand les moyens viennent à manquer, on mesure le poids de la solidarité...

Comme disait un leader syndical : « qui aujourd'hui veut encore payer l'assurance maladie ? ».

Moins que jamais les riches n'ont envie de payer des taxes pour financer les dépenses des autres. Eux-mêmes n'ont pas vraiment besoin de l'assurance sociale pour couvrir leurs besoins de santé.

Les pouvoirs publics et le gouvernement concentrent leur énergie à maîtriser le surcoût des emprunts de l'Etat pour compenser les pertes passées et à restaurer la compétitivité des entreprises et un franc fort. Ils sont peu enclins à injecter des moyens complémentaires pour garantir l'équilibre de la sécurité sociale.

Les travailleurs salariés, de moins en moins nombreux rechignent à des nouvelles contributions. Les patrons invoquent la charge sociale de l'emploi pour discréditer le système.

C'est un véritable lifting que la vieille dame se doit d'opérer... d'autant qu'à ces considérations s'ajoutent une offensive des partisans du détricotage du système que beaucoup pourtant continuent à estimer parmi les plus performants (en terme de coefficient coût/couverture sociale par rapport au pourcentage du produit intérieur brut).

Fil à fil

Les forces de détricotage de la solidarité - et l'échéance électorale de 99 risque bien de les renforcer - peuvent s'énumérer ainsi :

- faute d'un bouleversement économique (reprise majeure de la croissance, diminution significative du chômage, ...) et politique (lutte contre la fraude fiscale, augmentation des impôts sur la fortune et le patrimoine, réinvestissement dans des politiques sociales...), il faudra faire **des arbitrages au sein des différents secteurs de la sécurité sociale** : entre les pensions, les allocations familiales, les allocations de chômage et les soins de santé. Chacun de ces secteurs étant protégés par son « pilier », c'est le maillon faible



qui cédera, et jusqu'à présent l'augmentation des dépenses de santé a davantage été visée que celle du chômage ou des pensions ;

- le risque de perte de la solidarité se situe au niveau de l'accès aux soins. Il résulte du déséquilibre croissant entre la hausse des dépenses (des besoins ?) et la limitation de la croissance des moyens financiers.

Les normes de Maastricht, le ralentissement économique, la concurrence entre membres de l'Union européenne accroissent la pression sur

les moyens disponibles pour la sécurité sociale. Dans une logique de gestion globale de la sécurité sociale, cette pression touche davantage la santé que les pensions, les allocations de chômage ou les allocations familiales. Pour faire face, la Belgique comme beaucoup d'Etats européens a transféré une partie des coûts sur les patients.

La dérive est réelle aujourd'hui : la couverture s'est détériorée de manière insidieuse.

On peut estimer que les patients interviennent déjà à fonds personnel pour cent trente milliard, dont la moitié dans le domaine des médicaments. De 1994 à 1996, les suppléments en ticket modérateur ont représenté quelques dix milliards !

La **dualité** est en marche. Certaines techniques sont dès à présent réservées à ceux qui peuvent payer. Dans ce fossé s'installe l'assurance privée, qui réussira à exclure les mauvais risques<sup>1</sup>.

Plus radicalement, il y a les tenants d'un libéralisme pur et dur. Les partisans de la **privatisation** s'expriment de façon plus ou moins radicale : « qui souhaite garder la sécurité sociale s'assure auprès d'une société de son choix ». Les sans-professions et sans-revenus pourraient faire appel à un assurance publique. Le degré d'assurance devient directement proportionnel à la prime versée. Finies les solidarités, que ce soit entre malades et bien-portants ou entre riches et pauvres.

- les revendications flamandes de **communautarisation** des soins de santé menacent la solidarité entre région riche et région pauvre. Quand on sait les liens entre les risques de santé et la situation sociale d'une population, on comprendra que ce processus qui permettrait aux plus riches de diminuer leurs contributions sociales ne ferait qu'aggraver le contraste entre les deux régions.

Ce repli communautaire des régions relativement riches s'observe assez largement à travers l'Europe : Catalogne, Lombardie, SouthEast England, ...

- un certain nombre de mesures conduisent plus subrepticement à des **ruptures de solidarités** : ainsi, la **responsabilisation financière intégrale des mutuelles** : même si elle maintient une solidarité inter-régions, celle-ci est fortement contre balancée par la sur-

*I. J. Hermesse. Pour une médecine et une assurance maladie solidaire. La Revue Nouvelle, mai - juin 97.*



Cette dame est à jeter ?

représentation des deux principales mutuelles dans chacune des régions et la composition sociale plus ou moins défavorable de leurs affiliés.

ainsi des **taxations indirectes** : en recherche de nouvelles recettes qui n'alourdissent pas le coût du travail, on en arrive à la fiscalisation. Mais faute de courage politique à l'égard des revenus de propriété, on songe plutôt à des taxations indirectes (tabac, alcool, gaz carbonique, etc.) : c'est l'idée du pollueur payeur !

S'agissant de taxes indirectes, elles ne sont donc pas proportionnelles aux revenus, et les moins favorisés risquent bien d'être pénalisés par rapport aux mieux nantis.

C'est pour explorer ces enjeux majeurs, que nous avons mis en chantier ce cahier sur la sécurité sociale. Notre grille de lecture s'appuyera principalement sur notre champ d'observation et de pratique : essentiellement celui de santé. Nous suivons cette porte d'entrée, une parmi d'autres, et nous parlons à plusieurs reprises de l'assurance maladie-invalidité au sein de la sécurité sociale.

A suivre cette grande dame dans les méandres de sa restructuration, de sa revitalisation, elle nous est apparue de plus en plus grande dame, de plus en plus symbolique d'une question de société, bien au-delà d'un problème de ressources ou d'organisation. A suivre cet itinéraire parfois initiatique à son chevet, à écouter ses héritiers et à entendre ses fossoyeurs, il est clair que l'enjeu fondamental est d'inscrire ou non le principe d'équité au coeur de notre société et d'établir sur cette base des choix politiques et éthiques.

Ce principe est rebelle aux règles du marché. La santé et les soins de santé, des marchandises parmi d'autres ? On le verra, cette question concerne chacun, comme citoyen. ●

# Le changement dans la solidarité

*Jöelle Van Pe,*  
directrice  
administrative  
de la Fédération  
des maisons  
médicales.  
*Axel Hoffman,*  
médecin  
généraliste.

**Ce qui surprend dans le débat de la sécurité sociale, c'est le peu d'attention accordé à tout ce dont la société lui a été redevable.**

**Apparue il y a plus d'un siècle, l'assurance contre les accidents du travail s'est étendue à un nombre grandissant de travailleurs de par le monde. Des millions de personnes ont été sauvées de l'indigence sans avoir à faire appel aux secours de la famille ou à la charité publique.**

**L'assurance vieillesse et les assurances connexes se sont peu à peu développées. En aidant à préserver l'autonomie des personnes âgées, ces régimes ont amené d'importants changements dans les relations entre les générations.**

**C'est ensuite le droit aux soins médicaux qui est devenu l'un des principes les plus largement acceptés au cours de ce siècle. Au fil des ans, les prestations de chômage et les prestations familiales ont complété la protection dans les systèmes les plus avancés.**

**Ce regard en arrière nous rappelle combien la sécurité sociale est et reste un des instruments les plus efficaces de paix et de cohésion.**

**On ne peut accepter avec fatalisme que cet apport soit négligé comme il l'est aujourd'hui.**

## ● Un gaspillage ?

D'un ensemble de mécanismes de solidarité collective fondée sur une redistribution des revenus (des biens portants aux malades, des actifs aux retraités, des riches vers les pauvres), la sécurité sociale est devenue pour beaucoup une « dévoreuse de richesse » et fait l'objet de vives critiques. Ainsi se voit-elle reprocher :

- de constituer une atteinte aux libertés en obligeant des individus à s'assurer ;
- d'être bureaucratique et mal gérée parce qu'à l'abri de la concurrence du marché ;
- de peser trop lourdement sur l'économie, dévaluant le travail et l'épargne ;
- d'inciter les chômeurs à ne pas chercher un emploi ;
- de faire obstacle à la création d'emplois et à l'embauche de travailleurs dans les postes vacants.

Il est vrai que les charges sociales pèsent de 25 à 30 % en Belgique. A l'heure de la mondialisation, employeurs et Etats s'inquiètent de leur incidence sur la compétitivité internationale des entreprises. Le problème de la compétitivité est pourtant complexe et déterminé par de nombreux autres facteurs : le coût des biens et services, les taux de change, ...

## ● Les fondements du financement social

La sécurité sociale diffère fondamentalement des mécanismes de l'assurance : elle est financée par des prélèvements obligatoires et collectifs et il n'y a pas de correspondance entre ce que chacun paie et ce qu'il recevra en cas de besoin. Elle échappe aux mécanismes du marché et ne donne pas lieu à des prix. Elle s'enracine dans les insuffisances de la protection privée ; c'est ce qui a justifié sa reconnaissance en tant que droit de l'homme.<sup>1</sup>

## ● Les insuffisances de la protection privée

La protection privée peut revêtir diverses formes utiles et appréciables, mais qui présentent toutes des déficiences par rapport à la protection fournie par la sécurité sociale :

- l'auto-protection, reposant sur la responsabilité individuelle est réservée aux individus qui disposent de ressources suffisantes pour épargner ;
- la solidarité familiale, précieuse, se heurte à la limitation des ressources et ne concerne pas les individus isolés ;
- la charité, très subsidiaire dans les pays développés revêt un caractère facultatif et subjectif qui correspond mal aux conceptions actuelles de la justice sociale ;
- l'assurance présente l'avantage d'opérer sur

*1. Le rapport Beveridge (1942) et les recommandations sur la garantie des moyens d'existence et sur les soins médicaux adoptées en 1944 par la Conférence internationale du travail ont précédé la reconnaissance explicite de la sécurité sociale par la Déclaration universelle des droits de l'homme (art 22 à 25) approuvée en 1948 par l'Assemblée générale des Nations-Unies.*





Cette dame est à jeter ?

des bases plus larges, mais elle rencontre des limites importantes (chômage, charges familiales) et fonctionne selon les mécanismes du marché ;

- par contre, l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale financé non par des primes calculées sur des probabilités de risques, mais par des impôts ou des cotisations contourne ces difficultés, évite toute sélection des risques et met en oeuvre une véritable solidarité.

### ● Les transformations socio-économiques augmentent les besoins de sécurité sociale

Le vieillissement des populations, les transformations techniques, les processus de mécanisation de plus en plus économes de main-d'oeuvre ont changé la société. Le développement du commerce international, le rôle croissant des firmes multinationales et l'explosion des mouvements internationaux de capitaux conduisent à la mondialisation et à la globalisation.

Sous cette pression, les pays apparaissent de plus en plus comme des régions du monde et, face à une concurrence internationale de plus en plus vive, la compétitivité des entreprises devient un impératif majeur.

Mais si ces tendances favorisent le dynamisme des firmes et les placements financiers, elles réduisent l'autonomie des politiques économiques et sociales nationales et aggravent les disparités de revenus et de conditions sociales au sein de la plupart des pays du monde.

Et voilà la sécurité sociale soumise au paradoxe : elle apparaît à la fois de plus en plus nécessaire et de plus en plus difficile à supporter par des économies nationales soumises à une concurrence internationale et contraintes de privilégier la compétitivité des entreprises.

### ● Couverture privée, couverture publique ?

Si la sécurité sociale est réputée coûteuse, c'est parce qu'il n'y a pas de lien direct entre ce qu'une personne verse et ce qu'elle perçoit. Des prélèvements obligatoires sont toujours plus durement ressentis que des prix. D'où le risque de succès en faveur de systèmes de protections privés. En Europe occidentale, où les régimes publics sont

solidement établis, il est de plus en plus question de demander au secteur privé de pourvoir au moins en partie à la sécurité économique des personnes âgées. On envisage de faire jouer la concurrence dans le secteur des soins médicaux en l'ouvrant à l'assurance privée.

N'est-ce pas un leurre : rien ne montre que les formules privées de protection sociale entraînent nécessairement une diminution des dépenses publiques, rien ne garantit qu'elles assurent une protection convenable à l'ensemble de la population. L'application de formules privées n'est par ailleurs concevable qu'à l'intérieur d'un dispositif juridique et administratif approprié mis en oeuvre par l'Etat.

En tout état de cause, les prises de position partisans et passionnelles en faveur des régimes publics ou privés doivent faire place à un débat plus réfléchi, fondé sur les faits. Il importe que la collectivité parvienne à un large accord sur ce qu'il faut mettre en place pour assurer à la population une protection suffisante, juste et sûre contre les risques sociaux.

---

*Aux Etats-Unis, la sécurité sociale ne couvre que les personnes âgées de plus de 65 ans (Medicare) et celles qui sont nécessiteuses (Medicaid). Pour les autres, l'assurance maladie est privée et facultative. Cela donne lieu à des inégalités énormes et 15 % de la population ne bénéficie d'aucune protection en cas de maladie. Or, les Etats-Unis sont le pays du monde qui consacre le plus fort pourcentage de son produit intérieur brut aux dépenses de santé. Le système privé américain n'est donc pas un bon régulateur des dépenses de santé.*

---

### ● Il faut développer la sécurité sociale

Toute l'énergie disponible est consacrée à régler les difficultés immédiates de financement de la sécurité sociale, tant et si bien que des questions fondamentales ne sont jamais affrontées.

En Belgique, les dernières années ont été marquées par le souci de préserver et de consolider autant

que possible les prestations existantes. Ce qui signifie une certaine stabilité. Cela ne veut pas dire que la société, elle, n'ait pas évolué.

De nouveaux besoins ont fait leur apparition, dont la pauvreté n'est pas le moindre. Malgré des réformes courageuses, l'accès aux soins médicaux reste problématique pour un nombre croissant de personnes. La cessation prématurée d'activité des travailleurs qui, toujours plus nombreux se retirent du marché de l'emploi avant l'âge fixé par les régimes de prévoyance vieillesse met des familles entières en difficulté.

Il faut se poser la question du mode de financement des différentes branches de la sécurité sociale. Sachant le poids des cotisations sur le monde du travail, quelles prestations financer au moyen de cotisations demandées aux employeurs et aux travailleurs ? Quelles sont celles qu'il serait plus juste de financer sur le budget de l'Etat ou au moyen d'un impôt spécial ? En finançant plus largement la sécurité sociale sur le budget de l'Etat, s'écarterait-on du principe de l'assurance sociale pour aller vers l'assistance sociale ?

---

### **Assurance, assistance ou redistribution ?**

*La plupart des systèmes nationaux de sécurité sociale ont plusieurs finalités. Ils offrent une assurance dans certaines éventualités en étalant la charge correspondante au sein des générations ou entre les générations. Ils apportent une protection sociale de base aux plus démunis, qui n'ont peut-être pas été en mesure de cotiser suffisamment, en aménageant les conditions de la protection et en leur garantissant des prestations minimales. Ils opèrent une certaine redistribution du revenu, des actifs aux inactifs, des catégories supérieures de rémunération aux catégories inférieures, etc. Qu'advient-il de ces divers objectifs s'il faut réformer l'institution pour assurer son financement à court et à long terme ?*

*A défaut d'accord sur ces options fondamentales, comment discuter valablement des aspects techniques des réformes ?*

---

- **Le poids que les charges sociales feraient peser sur la compétitivité des entreprises : un faux problème**

C'est dans les pays où elles représentent une part importante dans le financement de la sécurité

sociale que les cotisations des employeurs se voient reprocher d'alourdir le coût de la main-d'oeuvre. Or, ces différences apparaissent beaucoup plus liées aux écarts de niveaux de développement économique et de niveaux de vie qu'aux modalités de financement de la sécurité sociale. Parmi les pays de l'Union européenne, ceux qui ont les charges sociales les plus élevées ont des salaires directs relativement faibles. Si bien qu'en dépit de ces charges, les entreprises de ces pays n'ont pas à supporter des coûts de main-d'oeuvre spécialement lourds.

Par ailleurs, la compétitivité des entreprises ne repose pas seulement sur la faiblesse de leurs coûts de main-d'oeuvre. Elle dépend aussi, et surtout, des niveaux de qualification des salariés, de la qualité de la gestion, du climat social de l'entreprise, ainsi que de variables « hors-prix », tels que la qualité et la réputation des produits.

- **La sécurité sociale est une richesse, pas un luxe**

Dans tous les pays du monde, les ressources affectées à la sécurité sociale apparaissent insuffisantes par rapport aux besoins. L'écart entre ressources et besoins est d'autant plus élevé que le pays est peu développé. La sécurité sociale ne doit pas pour autant être envisagée comme un luxe superflu pour pays riches, mais comme un facteur essentiel du développement économique et social.

Ses prestations fournissent des avantages qui dépassent la simple personne de leurs bénéficiaires directs.

Les soins médicaux améliorent l'état de santé de l'ensemble de la population et favorisent la productivité du travail et la capacité d'entreprendre. Les indemnités de chômage et les subsides aux plus défavorisés contribuent à la paix et à la cohésion sociales et soutiennent la consommation et l'activité des entreprises.

Les allocations familiales renforcent l'efficacité du système éducatif.

Cela constitue une justification supplémentaire au fait que la couverture de certaines éventualités soit imposée par les pouvoirs publics - au lieu d'être laissée à la libre initiative individuelle - et qu'elle soit financée non pas par des prix, mais par des prélèvements obligatoires.





Cette dame est à jeter ?

### ● Ne nous trompons pas d'accusé !

Quand on accuse la sécurité sociale d'être responsable de la faiblesse de la croissance économique et du chômage, on commet une erreur de cible. La sécurité sociale est plus victime que responsable des difficultés économiques.

Est-ce la faute de la sécurité sociale si les progrès technologiques et les impératifs d'une concurrence internationale de plus en plus vive permettent de produire de plus en plus avec de moins en moins de travail, sans que le travail, devenu rare, fasse l'objet d'un véritable partage ?

Le grand problème de la sécurité sociale est que son coût est connu, alors que les avantages qu'elle présente ne sont guère chiffrables : comment mesurer, par exemple, les effets bénéfiques de l'amélioration de l'état de santé d'une population ?

### ● Perspectives

Le progrès économique n'a de sens que s'il s'accompagne d'un progrès social. Le progrès social n'est pas un obstacle au progrès économique. Le vrai critère de réussite d'une société est sa capacité à ne pas exclure et à préserver la dignité humaine.

Alors quelle voie suivre pour sauvegarder et améliorer cette institution reconnue comme essentielle pour le bon fonctionnement des sociétés ?

Tout d'abord, il faut éviter que la politique de sécurité sociale soit téléguidée par le ministère des Finances. La conscience des nécessités économiques ne peut constituer le seul repère d'une politique de sécurité sociale.

Il importe ensuite de redynamiser l'appareil administratif et de le débarrasser de ses lourdeurs.

Enfin, il est temps d'adapter les prestations de la sécurité sociale aux conditions de la vie actuelle. Ainsi, le financement repose toujours sur l'idée que la plupart des travailleurs exerceront un emploi à plein temps de façon continue pendant trente-cinq ou quarante ans auprès de quelques employeurs, situation qui, aujourd'hui ne peut plus être tenue pour la règle.

Recentrage sur l'objectif social, lutte contre la bureaucratie et prise en compte du contexte socio-

économique réel forment le trépied d'une opération survie qu'il ne faut pas différer. ●



### Sources

Rapport du secrétaire général. « La sécurité sociale dans les années 90 : la nécessité de changement. » *in* Revue internationale de sécurité sociale. Vol 49, 2/96.

Alain Euzéby. « Sécurité sociale : une solidarité indispensable » *in* Revue internationale de sécurité sociale. Vol 50, 3/96.

## La sécurité sociale en danger : un prétexte pour ne rien faire ?

**Pierre Drielsma,**  
médecin  
généraliste

**En Belgique, la sécurité sociale couvre un vaste domaine d'intervention publique, organisée originellement sur le mode assuranciel : l'assurance maladie-invalidité, la plus connue des travailleurs de santé, mais aussi l'assurance chômage, les pensions du secteur privé, les allocations familiales. La logique assurancielle initiale évolue progressivement vers un droit universel, en particulier en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité.**

1. Alain Euzéby,  
*Sécurité sociale :  
une solidarité  
indispensable.*  
Revue  
Internationale de  
Sécurité Sociale ;  
Vol 50, 3/1997,  
p. 3-17).

2. *Le système des  
prévisions  
corrige en partie  
cette anomalie.*  
En ce qui  
concerne les  
allocations  
familiales, le  
principe d'équité  
est respecté  
quantitativement  
(deux enfants  
génèrent plus  
d'allocations  
qu'un seul), mais  
pas  
qualitativement  
(un enfant de  
pauvre a des  
besoins légitimes  
plus élevés qu'un  
fils à papa :  
abonnement  
scolaire,  
vêtements plus  
solides, cours  
particuliers, etc.).

« Ce qui différencie la sécurité sociale des mécanismes de l'assurance (privée), c'est qu'elle est financée essentiellement par des prélèvements obligatoires, et donc collectifs par nature. Il n'y a donc pas correspondance immédiate ou directe entre ce que chacun paie et ce qu'il recevra en cas de réalisations des éventualités couvertes »<sup>1</sup>. C'est la logique même du **principe d'équité** : ce que chacun paie dépend de ses **moyens** (revenus/patrimoine), ce que chacun reçoit dépend de ses **besoins** : maladie, facteurs de risque, handicap, invalidité. On peut même dire a contrario que, en général, plus on a de capacité contributive moins on risque de tomber malade. Donc en sécurité sociale, branche maladie invalidité, plus on donne, moins on reçoit.

Il faut observer que pour les autres branches de la sécurité sociale (pensions, allocations familiales) cette relation inverse n'est pas observée, et ce pour deux raisons :

- Le montant des pensions n'est pas proportionnel aux besoins mais aux cotisations (avec des limites) ; on est donc dans une logique assurancielle sub-classique ;
- D'autre part, et c'est plus grave, l'espérance de vie des riches est bien supérieure à celle des pauvres. Donc, il est très possible que dans le système belge, les pauvres qui meurent avant ou peu après leur pension payent les pensions des riches longévifs. C'est d'ailleurs ce qui risque de se passer à moyen terme entre Flandre et

Wallonie avec un transfert sud-nord des pauvres vers les riches, ce qui est inéquitable.<sup>2</sup>

Qui veut noyer son chien crie qu'il a la rage. En d'autres termes, qui veut la mort du principe d'équité et subsidiairement de la sécurité sociale dit qu'elle est inefficace. Les libéraux qui affirment leur souhait d'efficacité se moquent éperdument de ce concept en soi. Ce qui les intéresse c'est de privatiser ou comme il disent pudiquement d'injecter (les doses et la nature de l'ampoule sont variables) des mécanismes de marché (supposés spontanément efficientogènes) dans la sécurité sociale.

Le GERM<sup>3</sup> fut le premier en Belgique à se pencher<sup>4</sup> sur « l'évaluation (globale) des activités et services de santé » en 1971. Malheureusement, ces vingt sept années n'ont pas été mises à profit pour évaluer le non-système belge. Il est plaisant de lire dans Journal du Médecin du 10 avril 1998 : « Belgique : one point », en regrettant les **mauvaises performances** de notre pays en matière de mortalité, quand on sait que les mêmes tressent des lauriers d'or à l'accord médico-mutualiste responsable d'un système accessible, bon marché et de **qualité**. Il est en effet de qualité quand on s'abstient de l'évaluer.

Jamais le GERM n'a parlé de privatiser quoi que ce soit pour le rendre efficace. Et cela non par idéologie - le GERM cultivait un pragmatisme anglo-saxon très ouvert - mais simplement parce que les mécanismes de marché en question sont inutiles voire contreproductifs dans les systèmes de santé. Un exemple : en Afrique, si on permet le libre établissement des praticiens, on observe immédiatement une saturation de l'offre en milieu urbain alors que les villages restent démunis<sup>5</sup>.

Le marché concentre les services là où il y a de la demande **solvable** et pas là où il y a des besoins réels ! Le marché nuit à la démocratie et engendre la ploutocratie (« L'argent gouverne »). On peut évidemment utiliser les mécanismes de marché après avoir solvabilisé le besoin. Mais justement, pour solvabiliser opportunément les besoins, il n'y a rien de tel que le principe d'équité.

L'ennemi s'avance masqué, son objectif n'est pas l'efficacité mais l'iniquité, l'injustice sociale. Sur ce point, nous partageons les craintes des



Cette dame est à jeter ?



éminences socialistes : il n'est pas question de détricoter la solidarité inter-personnelle et inter-familiale sous couvert de nationalisme infantile ou de croyance naïve dans les vertus du marché.

Est ce une raison pour ne rien faire ? Nous ne le pensons pas. S'il y avait urgence d'évaluer et d'améliorer le système de santé en 1971, cette impérieuse nécessité n'a fait que croître. Le baobab des soins de santé est en passe d'étouffer la planète dont il est issu.

### Que faire ?

1. Tout ceux que préoccupe la sécurité sociale et son principe fondateur devraient proposer d'intégrer le **principe d'équité** (au moins limité aux soins de santé) dans la **constitution** belge. Un combat semblable serait mené au niveau du parlement européen ;

2. Pour couper l'herbe sous le pied des privatiseurs, il faut mettre en place un **réel système d'évaluation** de l'organisation et de la délivrance des soins de santé :

- un tel système disposera d'un recueil périodique des données psycho-médico-sociales essentielles (en répétant régulièrement l'enquête récente sur la santé des Belges). Cette enquête périodique sera couplée avec les rapports des observatoires provinciaux de santé qui comporteraient une partie minimale commune ;

- un sous-système d'évaluation des pratiques médicales où les actes inefficaces ou très inefficients seront repérés.

3. On mettra sur pied de **nouvelles instances décisionnelles où tous les partenaires seront présents** : les usagers (représentés par les mutualités ?), les prestataires, les ministères concernés, les assureurs (les mutuelles ?), les payeurs (les syndicats, seuls ou avec les patrons). Les décisions budgétaires seront prises en tenant compte en priorité des intérêts de santé de la population tel qu'observés par les méthodes épidémiologiques et en fonction d'études de faisabilité réalisées par les méthodes de la planification des soins.

On aimerait savoir en quoi les réformes préconisées pourraient induire privatisation ou perte de solidarité.

3. *GERM* :  
Groupe d'étude  
pour une réforme  
de la médecine.

4. *Colloque international des 6 et 7 mars 1971 à Bruxelles.*

5. *En Belgique, la capitale est saturée de spécialistes, au point de déposséder les généralistes de leur métier.*

# Pour une fédéralisation partielle de la sécurité sociale

Jacques Morel,  
médecin  
généraliste

## Défédéralisation ? Communautarisation ?

*Parmi les forces centrifuges qui menacent la solidarité du système de sécurité sociale, les revendications communautaires sont de premier poids à l'échéance de 99.*

*Cette tendance peut cependant revêtir des intensités et des formes très diverses : maintien ou non d'une gestion commune des ressources ? Maintien ou non d'une répartition selon les besoins ? Critères communs ou non d'évaluation de leur utilisation ? etc.*

*Par ailleurs, la sécurité sociale est souvent présentée comme le dernier bastion d'un Etat fédéral dont la solidarité inter-communauté serait un des maillons centraux.*

*C'est pourquoi, nous avons repris une partie d'un travail du Professeur Danny Pieters qui est l'auteur d'une étude extensive sur la communautarisation des matières de la sécurité sociale réalisée à la demande du gouvernement de la Communauté flamande. Ce travail a été publié dans le numéro 2 de la revue Reflets et Perspectives de la vie économique.*

Danny Pieters,  
professeur à la  
faculté de droit  
de l'Université  
catholique de  
Louvain (KUL) et  
secrétaire  
général de  
l'European  
Institute of Social  
Security.

**Mi-1994, le président du groupe d'études flamand « Sécurité sociale 2002 » a présenté les conclusions, formulées par les juristes membres de ce groupe dans le débat sur la possibilité et l'utilité d'une redistribution de compétences en matière de sécurité sociale. Il fut conseillé d'établir des normes, d'exécuter et de financer les prestations visant au remplacement de revenus au niveau fédéral et les prestations de compensation des frais au niveau des communautés.**

## 1. Les principes

Conformément à la mission qui nous avait été confiée, la proposition a pour seul objet la problématique du transfert de compétences en matière de sécurité sociale.

La proposition respecte intégralement la structure fédérale actuelle de l'Etat belge. Toute hypothèse de nature à compromettre soit la loyauté fédérale soit l'union économique et monétaire belge a été écartée de la proposition.

Ainsi donc, la technique usuelle d'attribution de compétences exclusives a été respectée - un niveau, et un seul, est compétent. Il convient d'observer

d'emblée que la reconnaissance de la compétence des communautés en matière de régimes de compensation des frais s'inscrit pleinement dans le respect de la répartition constitutionnelle actuelle de compétence laquelle attribue déjà de manière générale les matières personnalisables aux communautés.

## 2. La redistribution proposée des compétences

Sur la base d'une ventilation en deux catégories de prestations de sécurité sociale, la proposition porte sur une redistribution cohérente des compétences en matière de sécurité sociale entre les communautés et l'autorité fédérale.

### ● Remplacement des revenus

Les régimes de sécurité sociale de *remplacement des revenus* comportent tous les régimes prévoyant des prestations individuelles de compensation en tout ou en partie, réelle ou forfaitaire, pour la perte ou l'absence de revenus du travail. Font donc partie de ces régimes de remplacement des revenus : l'assurance-chômage, les pensions de retraite et de survie, le volet indemnités de l'assurance maladie-invalidité, l'assurance-maternité, l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (à l'exclusion du volet soins médicaux), l'allocation



de remplacement de revenus pour les personnes handicapées, le minimex et le revenu garanti pour les personnes âgées. L'autorité fédérale garde une compétence exclusive pour ces régimes.

### ● Compensation des frais

Les régimes *de compensation des frais* comportent tous les régimes prévoyant des prestations individuelles, en argent ou en nature, visant la couverture, en tout ou en partie, réelle ou forfaitaire, des frais spéciaux. Font partie des régimes de compensation des frais : l'assurance soins médicaux dans l'assurance maladie-invalidité, l'allocation de naissance, les allocations familiales, en ce compris les allocations familiales garanties, l'allocation d'intégration pour personnes handicapées, l'allocation d'aide aux personnes âgées et les prestations en matière de rééducation fonctionnelle des handicapés. L'unicité de compétence pour ces régimes est attribuée aux communautés.

### ● Redistribution des compétences

La proposition de redistribution de compétences donne lieu à certains problèmes qui doivent retenir une attention particulière.

En raison du caractère essentiellement lié au travail que présentent les assurances accidents du travail et maladies professionnelles, beaucoup d'éléments plaident en faveur du maintien au niveau fédéral de l'indemnisation perte de revenus mais aussi de l'indemnisation soins médicaux de ces assurances.

L'intégration des régimes de compensation des frais dans la compétence des communautés est en principe neutre par rapport au contenu de ces régimes. Il est toutefois évident qu'un transfert implique une dérogation à l'organisation sur base professionnelle de l'assurance frais médicaux et des prestations familiales. Il faut en effet instaurer une couverture universelle pour tous, qu'ils soient travailleur salarié, indépendant, fonctionnaire ou personne à charge d'une de ces catégories.

De nombreuses voix s'élèvent déjà en faveur de cette modification - limitée dans les faits étant donné le taux élevé de couverture actuel de la population - indépendante de la problématique de l'attribution de compétences. On ne comprend pas

en effet, pourquoi il faudrait maintenir le lien devenu quelque peu artificiel entre activité professionnelle et respectivement soins de santé et prestations familiales. En raison du nombre important de travailleurs salariés, de fonctionnaires et d'indépendants qui exercent une activité professionnelle dans une région autre que celle où ils habitent, et partant, en raison de la composition souvent « mixte » du personnel d'un même employeur, il se justifie de renoncer à l'organisation sur une base professionnelle des assurances sociales de compensation des frais en cas de transfert de compétences aux communautés. Car seule cette solution permettrait de limiter les problèmes de coordination liés à une défédéralisation des régimes de compensation des frais.

---

## 3. Particularités institutionnelles

Les assurances sociales universelles de compensation des frais organisées au niveau communautaire seront financées par les cotisations sociales des assurés. Au vu du problème spécifique de l'exercice de la compétence communautaire à Bruxelles, nous proposons de financer l'aide de compensation des frais sur la base d'un impôt affecté des communautés, perçu sur les cotisations à leurs régimes de sécurité sociale de compensation des frais. L'allègement des charges au bénéfice des employeurs, en raison de la suppression des cotisations patronales pour les assurances de compensation des frais peut être compensée par un complément de transfert ou par un ajustement du salaire brut du travailleur.

Le lien avec la législation d'application en matière de régimes de compensation des frais est le domicile de l'intéressé, la notion de « domicile » étant décrite au plan fédéral. Conformément aux dispositions constitutionnelles relatives aux matières personnalisables, les décrets respectifs de la Communauté flamande et de la Communauté française portant sur « leur » sécurité sociale s'appliquent alors à l'égard de quiconque habite respectivement dans la Région flamande et la Région wallonne (à l'exception du territoire de la Région de langue allemande). Pour ce qui concerne le territoire bilingue de la Région de Bruxelles-Capitale, les décrets précités s'appliquent aux



institutions de sécurité sociale respectivement flamandes et francophones qui y sont présentes.

Dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, les communautés ne sont pas dotées de compétences à l'égard de personnes mais uniquement à l'égard d'institutions uni-communautaires. Les habitants de cette région devraient donc obligatoirement s'inscrire, selon leur choix auprès d'une institution de sécurité sociale soit flamande soit francophone afin qu'ils soient affiliés à l'ensemble indivisible des régimes de sécurité sociale de compensation des frais d'une certaine communauté.

des transferts a été particulièrement ardue en partie en raison de la difficulté, voire de l'impossibilité parfois, de disposer de données pertinentes. Les résultats d'études précédentes sur la hauteur des transferts ont été confirmés en grande partie. Leur ampleur est considérable.

En ce qui concerne l'étude des facteurs déterminants, il suffit de rappeler que les écarts en termes de situation démographique, de taux d'occupation et de niveau des revenus expliquent largement, voire intégralement ces transferts. En matière de soins de santé, l'offre médicale apparaît également comme un facteur explicatif important.



Dans cette nouvelle répartition des compétences, l'autorité fédérale reste, comme précédemment, compétente en matière de régimes de sécurité sociale de remplacement des revenus.

Le seul constat de la présence ou de l'absence d'un transfert est en soi insuffisant pour conclure à la nécessité d'une nouvelle répartition de compétences en matière de sécurité sociale.

Il convient à tout le moins d'examiner à cet égard quels sont les facteurs déterminants de l'inégalité de la répartition entre Nord et Sud et de vérifier si l'on peut parler d'une différence justifiée sur la base de critères objectifs. Cette justification sur la base de critères objectifs paraît plus facilement acceptable pour ce qui concerne le niveau de revenus, le taux d'occupation et la démographie en matière de régimes de remplacement des revenus.

Les choses se compliquent toutefois lorsque l'on évoque, comme facteur explicatif d'un transfert dans les soins de santé, la culture médicale ou l'offre médicale, par exemple, surtout lorsqu'au vu du facteur déterminant « niveau de revenus », on aurait pu s'attendre à une consommation médicale plus élevée en Flandre.

#### 4. Les arguments

- Les transits financiers

Quiconque avance des arguments en faveur d'un transfert de compétences en matière de sécurité sociale n'échappe pas à la problématique des transferts financiers entre le Nord et le Sud. L'étude des aspects macro et micro-économiques

- Le principe de subsidiarité

Le principe de subsidiarité sous-tend la compétence des entités fédérées en matière de régimes de sécurité sociale de compensation des frais. Une étude de droit comparé montre que dans les états fédéraux les entités fédérées exercent souvent cette compétence.





Cette dame est à jeter ?

D'autre part, la théorie économique des avantages d'échelle plaide davantage en faveur d'une population à assurer qui soit la plus vaste possible, notamment en raison de l'importance de la diversification des risques. Il faut néanmoins nuancer ce propos. Certains risques - à savoir ceux de régimes de remplacement des revenus - touchent « collectivement » les assurés (assurance chômage par exemple) alors que d'autres - ceux des régimes de compensation des frais - sont davantage répartis dans le temps et nécessitent donc moins une couverture à la plus grande échelle possible. Par rapport aux régimes de compensation des frais, l'importance des avantages d'échelle est supplantée par le principe de subsidiarité économique plaidant en faveur d'une organisation au niveau le mieux à même de répondre aux différences de préférence locales ou régionales.

### ● L'union économique et monétaire

L'incidence de la sécurité sociale sur l'union économique et monétaire belge n'est pas des moindres. Un transfert des compétences concernant le régime de la sécurité sociale dans sa totalité grèverait lourdement cette union. Cette présentation des choses se modifie toutefois si l'on transfère les régimes de compensation des frais et que ce transfert se réalise sans pour autant donner lieu à une différenciation des cotisations patronales et personnelles entre Nord et Sud.

### ● Les préférences collectives

Les différences de comportement et de préférence que l'on peut constater en Belgique sont un autre argument souvent évoqué pour confier (partiellement) la sécurité sociale aux communautés. Tous les gens sont différents. En faisant preuve d'une certaine faculté d'abstraction, des différences peuvent cependant également être détectées par exemple de pays à pays ou de village à village. En Belgique, le constituant a admis qu'outre les communes (et les provinces), les entités fédérées présentent également des caractéristiques propres. Ainsi par exemple, il a confié aux communautés la compétence d'organiser elles-mêmes leur enseignement.

Une autre question pourrait porter sur le fait de savoir si des spécificités des entités fédérées peuvent également se retrouver au niveau de la sécurité sociale ou si elles ne doivent pas être prises

en compte pour le (ré)aménagement de la sécurité sociale.

Les transferts - et plus spécifiquement s'ils ne peuvent s'expliquer sur la base de facteurs objectifs non liés au comportement - peuvent être considérés non tant comme des abus mais bien comme autant d'expressions de la réalité qui n'attend pas un transfert de compétences pour reconnaître des spécificités propres aux entités fédérées. Ceci semble précisément être le cas pour les régimes de compensation des frais.

### ● Cohérence de la politique sociale

Ce principe plaide en faveur de la nouvelle proposition de répartition des compétences en matière de sécurité sociale. Les régimes de remplacement des revenus continuent de relever de la compétence fédérale étant donné que la politique des revenus se situe essentiellement à ce niveau ; la compétence en matière de régimes de compensation des frais est attribuée aux communautés étant donné que ces dernières sont déjà compétentes pour les domaines étroitement liés à ces régimes.

### ● Solidarité

La solidarité peut être décrite comme étant la prise de conscience de la cohésion et la volonté d'en supporter les conséquences. Il serait toutefois totalement incorrect de ramener la solidarité fédérale à la sécurité sociale, voire aux régimes de compensation des frais.

Le principe de la solidarité connaît des limites. Une question fondamentale à cet égard est de savoir où placer les limites de la solidarité dans la sécurité sociale. En l'état actuel, les assurances sociales concrétisent la solidarité sur une base professionnelle : le cercle de la solidarité est constitué des travailleurs salariés, des fonctionnaires ou des indépendants et non de tous les habitants du royaume. Là où précisément les assurances de remplacement de revenus visent la compensation de la perte d'un revenu professionnel, il est logique d'organiser le cercle de solidarité sur une base professionnelle. Etant donné que les éléments qui déterminent actuellement la formation des revenus, tels que les conditions de rémunération et de travail se situent principalement au niveau belge (et demain peut-être au niveau européen), il est opportun de

maintenir les régimes de remplacement des revenus au niveau fédéral.

Par contre, en ce qui concerne les régimes de compensation des frais, les choses se présentent autrement. Même si en principe ces régimes sont encore organisés au niveau professionnel, l'assurance maladie-invalidité, le secteur des soins de santé et les régimes des prestations familiales dans les différents régimes couvrent pratiquement l'ensemble de la population fut-ce parfois de manière différente. De plus, on pourrait aisément concevoir que les soins de santé et la compensation des charges spéciales liées à l'éducation des enfants relèvent de chacun d'entre nous, comme homme, indépendamment du statut professionnel de l'intéressé ou du chef de famille. Même s'il s'agit donc des droits de l'homme comme homme, cela n'empêche qu'il faut ici aussi délimiter territorialement la solidarité. En leur qualité de régimes intimement liés à la personne, les régimes de compensation des frais doivent, à notre avis, être organisés au niveau des autres matières personnalisables, à savoir au niveau des communautés.

---

## 5. Les modalités d'un transfert de compétence

Un transfert de compétences en matière de régimes de sécurité sociale de compensation des frais requiert un double effort de coordination.

Il faudra tout d'abord régler, dans la législation instaurant le transfert de compétences, un transfert des droits du régime « belge » de la sécurité sociale vers les régimes communautaires.

Deuxièmement, et plus important encore, il faudra prévoir un régime de coordination pour la migration intra-belge.

Le domicile de l'intéressé pourrait, comme mentionné précédemment, être le facteur de lien avec la législation d'application (ou pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'affiliation obligatoire à une institution de sécurité sociale).

Le système actuel de conventionnement pourrait être maintenu : en Belgique, les dispensateurs de soins sont alors censés être affiliés aux conventions des différentes communautés et appliquent la convention qui correspond au régime dont relève

leur patient. Les dispensateurs de soins pourraient également se déconventionner (explicitement) de l'un ou de plusieurs régimes de soins de santé communautaires. Une convention de coordination entre les communautés pourrait organiser un régime pour l'aide médicale urgente et indispensable.

Lorsqu'une nouvelle répartition des compétences en matière de sécurité sociale est intervenue, il faut également éviter que celle-ci ne soit vidée de son contenu par la voie fiscale. L'autorité fédérale ne peut disposer de la faculté de vider de son contenu le transfert de compétences en matière de sécurité sociale par le biais de sa compétence fiscale, par exemple en aplanissant fiscalement les différences en matière de prestations communautaires de sécurité sociale. L'autorité fédérale ne peut dès lors garder de compétence fiscale à l'égard des cotisations et allocations communautaires de sécurité sociale. D'autre part, les communautés et les régions ne peuvent, dans leur fiscalité, prendre en compte les cotisations et allocations fédérales de sécurité sociale.

Le transfert de compétences en matière de régimes de sécurité sociale de compensation des frais ne peut vraisemblablement, d'un point de vue financier, être introduit du jour au lendemain entre autre en raison du transfert important et persistant de la Flandre vers la Belgique francophone. Une loi de financement concernant la sécurité sociale devrait dès lors veiller à ce que la charge financière intégrale des nouvelles compétences se fasse sentir graduellement en supprimant progressivement les subventions fédérales à ces régimes pendant une phase transitoire selon un système analogue à celui de la loi de financement de 1989.

Cette loi de financement qui n'inclura pas de mécanismes permanents de solidarité, devra également régler les déficits accumulés dans le secteur actuel des soins de santé de l'assurance maladie-invalidité. ●



Cette dame est à jeter ?

# Des voix au-dessus des frontières...

## La sécurité sociale au risque des élections de 99

**Les prochaines échéances électorales de 1999 avivent déjà les intérêts communautaires, qu'ils soient politiques, linguistiques ou économiques. A la veille de cette échéance, les centres de santé flamands et les maisons médicales francophones font voix commune pour tirer la sonnette d'alarme et, par l'intermédiaire de leurs représentants réaffirment avec force les principes directeurs sur lesquels doit se baser la discussion sur la sécurité sociale.**

Trouver de nouveaux moyens pour faire face à de nouvelles réalités et à de nouveaux besoins, tel est l'impératif qui impose une réforme de la sécurité sociale. Contrôler les dépenses et les procédures ne suffit plus à maintenir la couverture. Malgré les mesures d'élargissement de l'assurabilité, la participation des patients aux frais des soins devient de plus en plus importante et l'accès aux soins devient dual...

Dans cette nécessité de réformer, les dérives économistes menacent de prendre le pas sur les logiques sociales et trouvent dans l'opportunité communautaire l'occasion de se renforcer. Le vrai problème n'est ni la communautarisation ni l'introduction d'une gestion économique plus performante de la sécurité sociale. Le vrai problème réside dans le risque de transformer des moyens en objectifs et de passer d'un modèle d'assurance solidaire à un modèle d'assurance de risques. C'est pourquoi, à contre-courant de la pensée unique et des langages univoques, il importe de s'accorder sur un projet de politique de santé !

Pour les représentants des centres de santé des deux côtés de la frontière linguistique, l'enjeu central est et reste le maintien d'un **principe d'équité** qui permet que chacun contribue selon ses moyens et bénéficie du système selon ses besoins. Aujourd'hui encore, ce principe organise une redistribution des ressources à partir du prélèvement des cotisations

sur le travail et assure proportionnellement plus à ceux qui en ont le plus besoin. La véritable menace est celle de la désolidarisation par rapport à ce principe. Les mieux nantis se retrouveraient alors entre eux pour se partager la richesse, et les moins nantis se retrouveraient entre eux pour se partager la pénurie.

**Solidarité et équité sont les finalités à préserver aux objectifs d'assurance du système de sécurité sociale.**

Dans la réalité belge, ces principes risquent de connaître une évolution à géométrie variable : les revendications communautaires interrogent leur application de manière indépendante sur le territoire national ou au sein de chaque communauté.

**Contribuer selon ses moyens** : la solidarité devrait assurer les ressources de la sécurité sociale au plan fédéral, les régions contribuant à les alimenter au prorata de leurs ressources propres.

**Bénéficier selon ses besoins** : la seconde condition de l'équité rentre plus difficilement dans le cadre d'un consensus. Au Nord comme au Sud, nous pensons qu'une gestion plus proche des gens, en d'autres termes, une communautarisation de la gestion des besoins peut offrir une source d'efficacité accrue du système.

Il reste que si le fédéral représente le plus petit paquet commun minimal, les distorsions régionales risquent de devenir très grandes. D'autant que les régions ont d'ores et déjà des pouvoirs d'initiative non négligeables pour organiser de façon différenciée des secteurs comme celui des personnes âgées, des soins à domicile ou plus largement le secteur du bien-être.

Une mesure régulièrement proposée au Québec et en Europe permet non seulement une réorganisation de la gestion des systèmes de santé mais aussi remodèle les modalités de l'accès aux soins et rétablit une certaine équité : c'est le virage ambulatoire, c'est-à-dire le développement du secteur ambulatoire sur base de restrictions du secteur hospitalier à des normes optimales.

Aujourd'hui, ce transfert ne se fait pas : les économies réalisées dans le domaine hospitalier retournent au secteur hospitalier ou à celui des

*Jacques Morel,  
médecin  
généraliste.  
Sur base d'un  
entretien avec Ri  
De Ridder,  
président de la  
Fédération des  
maisons  
médicales  
flamandes,  
et Pierre  
Drielsma,  
membre de la  
cellule politique  
de la Fédération  
des maisons  
médicales.*

maisons de repos et de soins.

Si demain le cloisonnement communautaire inscrit les hôpitaux dans le champ de l'INAMI fédéral et les soins ambulatoires dans le secteur bien-être entièrement communautarisé, les chances de réaliser un virage ambulatoire avec transfert de moyens deviennent très faibles.

Or, il s'agit là d'une mesure susceptible de soutenir vigoureusement davantage d'équité dans l'accès aux soins.



Une seconde mesure consisterait à renforcer l'homogénéité des compétences en matière de santé : un seul ministère ? Une refonte des compétences entre Affaires sociales et Santé publique ? Une santé publique décentralisée ?

Si la gestion des besoins devient une compétence régionale, il sera nécessaire de définir les critères les plus objectifs et les plus pertinents pour ventiler l'allocation des ressources de manière équitable. Travail complexe qui devra prendre en considération les disparités locales, même à l'échelon infra-régional. L'évaluation des différents systèmes mis en place dans les régions ne sera pas plus simple. Une partie des procédures d'évaluation pourrait relever des régions et l'autre du fédéral.

sociale et de quelques principes directeurs qu'ils souhaitent voir préserver :

- la participation des individus à la mesure de leurs moyens est une clause intouchable. Et ce tant au niveau fédéral qu'au niveau européen (ceci dans l'espoir de la mise en chantier d'une sécurité européenne) ;
- l'organisation de la réponse aux besoins peut être gérée à un niveau plus local, dans le cadre de sous-région, au plus proche des usagers.

Ceci dissociera les deux termes du principe d'équité et introduira des failles dont la maîtrise au long court est problématique... mais peut-on faire autrement ? ●

### En résumé...

Les représentants des Fédérations flamandes et francophones des maisons médicales et centres de santé peuvent convenir des enjeux de la sécurité



Cette dame est à jeter ?

# La responsabilisation financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives

## Des mutuelles financièrement responsabilisées. Pourquoi ?

Le principe de responsabilisation financière des organismes assureurs consiste à leur faire supporter tout ou une partie des résultats de la gestion du système d'assurance maladie-invalidité. Lorsque le budget de l'AMI<sup>1</sup> est en bonus, les organismes assureurs perçoivent une partie de ce bonus, tandis qu'en cas de malus budgétaire, il leur appartient de supporter une partie du déficit.

La loi du 9 août 1963 instaurant l'assurance maladie-invalidité obligatoire prévoyait déjà que les organismes assureurs devaient compenser, via leur propre budget, un éventuel écart entre recettes et dépenses. Ce mécanisme devait se traduire par une diminution des frais de fonctionnement ou par une augmentation des cotisations réclamées à leurs affiliés. Ce système ne fut jamais appliqué, l'Etat continuant à honorer la totalité des paiements occasionnés par la consommation médicale, les mutuelles n'assurant qu'un rôle de courroie de transmission entre la « manne publique » et la population des consommateurs de soins. Parallèlement, on comptabilisait annuellement, de manière purement théorique, les boni et mali de chaque organisme assureur.

Il importe de préciser à cet égard que les ressources imputées virtuellement aux différents organismes assureurs proviennent principalement des cotisations sociales de leurs affiliés respectifs et d'une intervention de l'Etat (pour les personnes qui ne cotisent pas, comme par exemple les chômeurs, les invalides, les pensionnés, les veuves, les minimexés). Les dépenses, elles, sont remboursées aux assurés ou aux prestataires via le système du tiers-payant, sur base des attestations de soins donnés.

Or, la structure de la population assurée varie sensiblement entre les différents organismes assureurs. Ce qui a pour conséquence immédiate qu'une mutualité composée de plus de personnes à faible revenu, minimexées ou invalides par exemple perçoit des recettes théoriques proportionnellement plus faibles pour ses affiliés

en raison de cotisations sociales moindres. La part décroissante au fil des années de l'intervention de l'Etat ne fait qu'accentuer ces disparités.

Les risques de maladie des assurés qui se trouvent dans une situation sociale fragile ou dans des tranches d'âge élevées étant plus importants, on comprend aisément les implications sous-jacentes à un tel système de comptabilisation des « boni » ou « mali » : plus une mutualité comprend des affiliés provenant de catégories défavorisées, plus ses dépenses sont élevées et moins ses recettes sont importantes. Et inversement...

Via ce mécanisme de transmission des flux financiers et indépendamment de leur efficacité en termes de gestion, certaines mutualités ont accumulé au fil des ans un « déficit » comptable, du fait de la structure de leur population affiliée. A l'opposé, d'autres accumulaient tout aussi fictivement un « surplus ».

Le remplacement de ce système par le mécanisme de « responsabilisation financière » actuellement en oeuvre relève de la conjonction de plusieurs facteurs :

- premièrement, une volonté générale de « responsabiliser » l'ensemble des acteurs du système de soins de santé dans un contexte d'austérité et de restriction budgétaire destiné à assurer la pérennité du système ;
- ensuite, un besoin probable de montrer, par divers signes que les organismes assureurs ne sont pas exclus du processus de restriction budgétaire ;
- enfin, une pression de certains milieux ralliés à l'idée qu'il existe des profils divergents - rationnellement injustifiés - de consommation (parmi la population), de production (entre les prestataires de soins) et de qualité de gestion (entre les organismes assureurs). La responsabilisation financière des mutualités aurait pour conséquence de pousser ces dernières à mettre en oeuvre des mécanismes visant à réduire les disparités existantes : gestion plus efficace, promotion de soins moins coûteux à qualité équivalente, réduction de la surconsommation médicale...

*Pierre Cools,  
Union nationale  
des mutualités  
socialistes.*

*1. AMI :  
Assurance  
maladie-  
invalidité.*



La responsabilisation financière des mutuelles :  
une évolution à préserver des dérives

Ce dernier point appelle plusieurs remarques. En premier lieu, l'existence de disparités de consommation de soins de santé parmi la population relève principalement de facteurs socio-sanitaires. Une consommation quantitativement supérieure n'est pas automatiquement synonyme de pratiques médicales inadéquates ou d'excès liés à des habitudes culturelles.

Lorsque des divergences en termes de prestations de soins ne se justifient pas par des différences de morbidité, il n'apparaît pas évident que les organismes assureurs aient les outils nécessaires pour influencer directement le comportement des prestataires.

Des diminutions des dépenses de soins ne se traduisent pas forcément par une utilisation plus rationnelle ou plus efficace des ressources de l'assurance maladie. Ces diminutions peuvent entraîner une « sous-consommation » de prestations nécessaires et une réduction dommageable de l'accessibilité aux soins requis, dans le chef d'une population aux moyens limités.

Sur base des propositions d'un groupe d'experts chargés de formuler pour la fin de l'année 1994 des propositions visant à adapter ou modifier les dispositions financières de la loi du 9 août 1963 et des avis du Conseil général de l'INAMI et de

Phase	Clé normative	Clé réelle
1995-1996-1997	10 %	90 %
1998-1999	20 %	80 %
à partir de 2000	30 %	70 %

tableau 1

l'Office de contrôle des mutualités, une réforme complexe du système de financement des mutualités a été mise sur pied. Cette réforme a été instaurée par l'Arrêté royal du 12 août 1994.

Si cet accord détermine de manière précise le mode de répartition des ressources allouées aux soins de santé entre les organismes assureurs, il est par contre totalement silencieux sur les instruments et mécanismes qui permettraient de promouvoir l'efficacité des soins. En sus de la définition de la technique de responsabilisation financière, le nouveau système prévoit que les ardoises des « boni » et « mali » antérieurs soient effacées, de manière à ne pas pénaliser une mutualité en raison d'une situation passée sur laquelle elle n'avait aucune maîtrise.

2. KUL :  
Katholieke  
universiteit van  
Leuven.

3. DULBEA :  
département  
d'économie  
appliquée de  
l'Université libre  
de Bruxelles.

**Le mécanisme de  
responsabilisation financière  
actuel**

Que le lecteur veuille bien s'accrocher pour franchir le cap de la description technique. Un exemple suit plus loin...

L'arrêté royal du 12 août 1994 prévoit de ventiler l'objectif budgétaire global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs sur base de deux clés de répartition.

Une première clé est constituée de la part des dépenses *réelles* (dites aussi « historiques ») de chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice concerné.

La seconde clé de répartition est de nature *normative* et est censée refléter les dépenses d'un organisme assureur en fonction de la structure de sa population. Elle prend donc en compte les différences existant entre les mutualités en termes de risques socio-sanitaires.

La mise en oeuvre de ce mécanisme de répartition du budget soins de santé, à partir de l'année 1995 s'effectue de manière graduelle : le poids de chaque clé va progressivement varier au fil du temps, de manière dégressive pour les dépenses réelles et progressive pour les dépenses normatives (voir tableau 1).

La clé normative est déterminée en fonction de paramètres définis dans l'arrêté du 12 août 1994 : la situation socio-professionnelle des bénéficiaires, le statut social, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, le taux de chômage, la composition du ménage, le revenu.

L'évaluation de l'influence de ces paramètres sur les dépenses de soins a été confiée à deux équipes universitaires de la KUL<sup>2</sup> et du DULBEA<sup>3</sup>.

Dans leur rapport au Conseil général, elles quantifient les corrections financières liées aux différents facteurs pour chaque organisme assureur en fonction d'un modèle économétrique d'explication des dépenses de soins. Ainsi, en prenant pour exemple la catégorie sociale des titulaires indemnisables primaires (soit la majeure partie de la population) pour l'année 1995, on obtient le tableau 2, où les termes de corrections financières sont exprimés en francs, par affilié et par an.

Par exemple, l'organisme assureur 3 percevra en 1995 pour chaque assuré de la catégorie des





Cette dame est à jeter ?

OA1	OA2	OA3	OA4	OA5	OA6	OA7
- 851	+ 462	+ 1396	+ 747	- 84	- 34	-3614

tableau 2  
OA = organisme assureur

titulaires indemnisables primaires un montant de 1.396 francs en plus de la dépense moyenne nationale pour cette catégorie sociale. Ce montant traduit une situation socio-sanitaire plus défavorable que la population moyenne : taux de chômage et taux de mortalité plus élevé, plus de personnes en incapacité de travail, ... tandis que l'organisme assureur 1 se voit attribuer une correction négative (- 851 francs) par bénéficiaire, reflet d'une population en meilleure santé. Les corrections varient également entre chaque état social.

Le budget normatif représente donc la dépense que devrait supporter l'organisme assureur en fonction de la structure de risques et des caractéristiques de sa population affiliée.



Pour chaque exercice budgétaire, un objectif budgétaire est attribué aux organismes assureurs en fonction du poids respectif des clés réelles et normatives : une mutualité dont les

dépenses réelles s'élèvent à 30 % de l'ensemble des dépenses soins de santé et dont le budget normatif représente 35 % se verra attribuer pour l'année 1995 (10 % de normatif et 90 % de réel) :

$$(0,9 \times 30 \%) + (0,1 \times 35 \%) = 30,5 \%$$

de l'objectif budgétaire global.

En 1998 (20 % de normatif et 80 % de réel), à composition constante de la population affiliée, ce pourcentage devient :

$$(0,8 \times 30 \%) + (0,2 \times 35 \%) = 31 \%$$

Lors de la clôture des comptes de l'exercice, on compare les dépenses réellement comptabilisées avec l'objectif attribué. L'organisme assureur doit supporter une partie du déficit constaté ou percevoir une partie du bonus. La part de responsabilité financière de la mutualité varie également de manière progressive (voir tableau 3).

L'excédent du bonus ou malus par rapport à la partie responsabilisée individuellement est affecté à un fonds commun.

Phase	Partie responsabilité individuelle	Partie fonds commun
1995-1996-1997	15 %	85 %
1998-1999	20 %	80 %
à partir de 2000	25 %	75 %

tableau 3

L'arrêté prévoit également qu'en cas de dépassement de l'objectif budgétaire global de plus de 2 %, le dépassement soit plafonné à 2 % pour chaque mutualité individuellement. Cette disposition permet d'éviter que le gouvernement reporte sur les mutualités un déficit croissant dû à une insuffisance des ressources allouées à l'assurance soins de santé. On pourrait en effet imaginer qu'un gouvernement fixe tellement bas l'objectif budgétaire des soins de santé par rapport aux dépenses raisonnablement prévisibles qu'il

## La responsabilisation financière des mutuelles : une évolution à préserver des dérives

provoquerait un déficit exorbitant à charge des mutualités et les condamnerait ainsi à des hausses de cotisations insupportables pour les affiliés.

Le tableau ci-dessus indique les résultats de l'année 1996 pour le régime général (travailleurs salariés). A l'examen de la colonne « pourcentage de dépassement par rapport à l'objectif budgétaire », on ne peut constater de disparités importantes entre

Chaque année, des personnes et des familles quittent un organisme assureur pour un autre pour des motifs divers. Dans l'ensemble, jusqu'ici, ces transferts sont relativement stables et se compensent grosso modo. Il est peu probable qu'un avantage de 40 francs induise des changements massifs d'affiliations. Mais sous le poids des défis macro-économiques, le processus pourrait s'emballer.

O.A.	Objectif budgétaire '96	%	Dépenses 96	%	Boni / Mali	% dépassement par rapport à objectif budgétaire	Limitation dépassement à 2 %	Responsabilisation 15 % du dépassement (limité)
ANMC	163.407.399.036	42,23%	172.893.833.874	42,16%	-9.486.434.838	-5,81%	-3.268.147.981	-490.222.197
UNMN	16.916.802.194	4,37%	17.995.212.831	4,39%	-1.078.410.637	-6,37%	-338.336.044	-50.750.407
UNMS	117.525.250.106	30,38%	124.584.954.272	30,38%	-7.059.704.166	-6,01%	-2.350.505.002	-352.575.750
UNML	25.057.693.142	6,48%	26.600.359.956	6,49%	-1.542.666.814	-6,16%	-501.153.863	-75.173.079
UML	52.450.366.313	13,56%	55.809.396.106	13,61%	-3.359.029.793	-6,40%	-1.049.007.326	-157.351.099
CAAMI	2.638.370.498	0,68%	2.770.007.637	0,68%	-131.637.139	-4,99%	-52.767.410	-7.915.111
SNCB	8.917.798.838	2,30%	9.469.507.926	2,31%	-551.709.088	-6,19%	-178.355.977	-26.753.397
	386.913.680.127	100%	410.123.272.602	100%	-23.209.592.475	-6,00%	-7.738.273.603	-1.160.741.040

tableau 4

ANMC : Alliance nationale des mutualité chrétiennes - UNMN : Union nationale des mutualités neutres  
 UNMS : Union nationale des mutualités socialistes - UNML : Union nationale des mutualités libérales  
 UML : Union des mutualités libres - CAAMI : Caisse auxiliaire d'allocations maladie-invalidité  
 SNCB : Société nationale des chemins de fer belges.

organismes assureurs en ce qui concerne l'importance du dépassement budgétaire. Cette constatation prévaut également pour l'année 1995 qui était en bonus.

Pour les années 1995 et 1996, l'arrêté du 12 août 1994 impose aux organismes assureurs la perception d'une cotisation spéciale de 90 francs par titulaire et par an afin de constituer un fonds de réserve permettant de couvrir un éventuel malus. En 1997, cette cotisation a été fixée, suite à une décision intermutualiste, à 180 francs. L'année 1998 voit pour la première fois une ébauche de concurrence entre mutualités : alors que l'ensemble des autres organismes assureurs demandent 90 francs de cotisation spéciale, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes a décidé de percevoir une cotisation de 50 francs auprès de ses affiliés. Cette cotisation peut également varier entre les affiliés du régime général et du régime des indépendants.

### Responsables ?

Comme on l'a vu précédemment, si le mécanisme de répartition de l'objectif budgétaire entre les organismes assureurs et la part de responsabilité financière qui peut leur être imputée sont définis de manière précise et technique, il n'en va pas de même de la définition des règles et de la mise à disposition des outils nécessaires à assumer cette responsabilisation individuelle.

Actuellement, un système de responsabilisation collective est institué via le système de commissions d'accords et de conventions entre les organismes assureurs et les prestataires de soins où sont négociées les dispositions tarifaires et les mesures à prendre en cas de dépassement budgétaire du secteur concerné. Les accords conclus valent pour l'ensemble des mutualités et il



Cette dame est à jeter ?

n'est pas possible pour les prestataires de débattre des tarifs individuellement avec un organisme assureur dans le cadre de l'assurance obligatoire.

En l'absence d'un cadre légal définissant de manière claire et précise les limites à ne pas dépasser, *on peut se demander si le principe de responsabilité individuelle ne va pas conduire certains organismes assureurs à négocier des tarifs préférentiels pour leurs affiliés auprès de prestataires privilégiés*. Ce processus est déjà esquissé dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire dans certaines régions (remboursement de matériel endoscopique non couvert par l'assurance obligatoire, matériel de viscéro-synthèse, ...).

a prévalu jusqu'ici par rapport aux logiques d'assurances privées. Il importe donc que la solidarité collective soit la norme en la matière.

Les organismes assureurs ont un rôle responsable à jouer dans une optique d'information des producteurs et des consommateurs de soins. De manière concertée, entre l'ensemble des mutualités et des prestataires, l'établissement de standards de qualité au moindre coût est une voie à prospecter plus avant. Sans toutefois oublier que la norme n'est pas nécessairement synonyme d'efficacité, sans tomber dans un économisme réducteur. Sans oublier non plus que l'amélioration des mécanismes de gestion financière doit s'articuler avec une politique de santé cohérente et imaginative. Il faut



Ouvrant la porte à une sélectivité des prestations en fonction de l'appartenance mutualiste ou régionale des affiliés, *la concurrence entre les organismes assureurs sur le terrain des prestations de soins porte les germes de l'érosion du système d'assurance maladie et estompe le caractère redistributif du système à fondement solidaire* qui

en effet rappeler que celle-ci fait en grande partie défaut dans notre pays, bien que des voix n'aient pas manqué depuis longtemps pour en souligner « l'urgence ». ●

# Les perspectives du système des soins de santé pour le XXI<sup>ème</sup> siècle

*Jean Degré,  
Secrétaire de la  
Mutualité  
socialiste du  
Centre et de  
Soignies.*

Profondément déterminées par l'évolution de l'environnement caractérisé par les nouvelles technologies, la compétitivité, la mondialisation des échanges et la construction européenne, on peut dégager les perspectives suivantes en ce qui concerne les soins de santé dans notre pays :

---

## 1. Le financement

Nous ne nous attarderons pas sur les nouvelles sources du financement. Plusieurs pistes sont avancées : impôt, cotisation sociale généralisée, application du principe pollueur-payeur, valeurs ajoutées des entreprises. Quelle que soit l'influence de l'une ou l'autre de ces solutions sur la politique économique, nous constatons que se dégage une tendance à travailler désormais à l'intérieur d'un budget fermé (ou enveloppe) par une norme de croissance.

Notre pays a fixé cette norme à 1,5 %. Cette décision a été le premier pas vers un changement de régime.

---

## 2. Les acteurs, leurs rôles, leurs relations

Au départ de cette décision, le rôle des acteurs va être profondément affecté ; les relations entre eux se modifient et les modalités de régulation changent profondément.

En somme, la question qui se pose désormais est la suivante : comment les acteurs vont-ils se positionner pour utiliser (ou s'approprier...) au mieux le budget attribué au système ?

### ● La responsabilisation

C'est ici qu'intervient le deuxième acte qui se situe dans la logique du précédent : la responsabilisation financière des acteurs.

Le principe est simple : sur la base de l'enveloppe arrêtée pour les soins de santé sont définis des critères d'attribution de cette enveloppe aux organismes assureurs, c'est-à-dire les mutuelles.

Quels sont les critères (dits objectifs...) pris en considération : la situation des ayants-droits sur le plan social et professionnel (pensions, invalides, bénéficiaires du revenu minimum, ...), l'âge, le sexe, le taux de mortalité, le taux d'urbanisation, le taux de chômage, la composition de la famille, le revenu.

De manière à créer une période transitoire, ces critères ne sont pas appliqués à la totalité du budget à distribuer mais à une partie de ce budget appelé « part normative » évoluant positivement au cours des années futures.

A noter qu'en Belgique, des mesures importantes qui devaient accompagner cette réforme n'ont pas été prises :

- la responsabilité des médecins prescripteurs a été seulement appliquée à la biologie clinique ;
- la mise à disposition « des organismes assureurs des instruments nécessaires pour contrôler et maîtriser les dépenses découlant de leur mission légale » est restée lettre morte.

Nous ne nous étendrons pas sur les différentes modalités d'application de cette responsabilité mais plutôt sur la principale conséquence d'un excès de dépenses par rapport aux recettes :

**Un organisme assureur dont les dépenses sont supérieures aux recettes doit couvrir lui-même 15 % de ce déficit** (en supposant qu'au total, le budget n'ait pas été dépassé de plus de 2 %).

**Cet organisme assureur doit financer ce déficit à l'aide d'un fonds de réserve qu'il aura constitué. Si ce fond de réserve est insuffisant, l'organisme assureur doit faire face au déficit soit par ses moyens propres, soit en demandant une cotisation supplémentaire à ses membres.**

Pour être complet, nous devons mentionner que lorsqu'un organisme assureur est bénéficiaire, c'est-à-dire lorsque les recettes sont supérieures aux dépenses, il peut lui-même s'approprier 15% du bonus.

Par cette disposition, les organismes assureurs sont placés en situation de concurrence, chacun s'efforçant de minimiser ses pertes ou... de maximiser son profit !



Cette dame est à jeter ?

## ● La concurrence

Celle-ci doit être arbitrée par le citoyen qui aura à rechercher l'organisme assureur qui demande la cotisation la plus attractive.

Cette concurrence est couplée au principe qui veut que toute entreprise doit viser à maîtriser ses incertitudes, c'est-à-dire les acteurs de son marché. Il s'agit ici des prestataires et des citoyens, qu'ils soient malades ou potentiellement malades.

Cette volonté de maîtrise est rencontrée par le MANAGED CARE, c'est-à-dire l'intégration en une seule organisation, des assureurs et des prestataires.

Nous y reviendrons.

Attardons-nous quelque peu sur la notion de concurrence. Pourquoi séduit-elle autant les responsables politiques, désireux de diminuer les dépenses ?

Parce qu'ils estiment que la concurrence renvoie au prestataire l'obligation d'offrir au consommateur ou à l'assureur ses services selon les meilleurs rapports qualité/coût.

Le prestataire intériorise - s'il veut conserver sa clientèle - qu'il devient l'arbitre *individuel* du dilemme suivant : les soins les plus appropriés d'une part et leur coût le plus concurrentiel d'autre part.

On ne dit plus au prestataire ce qu'il doit faire en agissant par une contrainte extérieure mais ce qu'il lui est loisible de faire en vertu d'une contrainte intériorisée. Par ce procédé, les partisans de la concurrence estiment que se corrige l'asymétrie d'information qui existe entre les patients et les prestataires.

## ● Le managed care

Ce concept s'inscrit dans celui de la concurrence. Il repose sur l'organisation intégrée des prestataires et de l'assureur. Les prestations de santé portent sur toute la durée de vie d'un patient, couvrent la prévention, le dépistage, le traitement et la convalescence et visent à une association optimale, pour chaque traitement de soins ambulatoires, hospitaliers, à domicile et extra-hospitaliers : les réseaux de soins.

Il a pour résultat de modifier - par rapport au modèle



classique libéral - la relation entre les partenaires : les prestataires deviennent des offreurs ou des producteurs ; les assureurs se transforment en acheteurs de soins qui passent des contrats (plus ou moins contraignants) avec les producteurs les plus performants (qualité/prix) ; les patients sont assimilés à des consommateurs à la recherche du meilleur assureur-acheteur.

Soulignons que le managed care ne peut prendre sa réelle signification qu'avec l'appui des technologies informatiques qui permettent d'encoder et de comparer les procédures diagnostiques et thérapeutiques pour normaliser les approches de la maladie.

Les recherches peuvent concerner tous les domaines du comportement médical (prescription d'actes, consommation de médicaments, évaluation thérapeutique). Cette dernière attitude est communément qualifiée de disease management.

On peut évidemment estimer que de telles perspectives sont incompatibles avec notre modèle

européen de protection sociale. Pourtant, notre argumentation démontre qu'un fil conducteur sous-tend l'équation suivant :

$$\text{budget enveloppé} + \text{responsabilisation} = \text{concurrence} + \text{managed care}$$

Cette équation a, de plus, la caractéristique de s'inscrire dans une chronologie cohérente, le premier terme induisant le second qui, lui-même, entraîne les deux derniers en fonction du cadre institutionnel.

### 3. Le managed care est-il souhaitable dans un cadre concurrentiel ?

Soulignons dès le départ que cette évolution tourne le dos à la conception solidariste dans la mesure où elle adopte la logique assurantielle en s'efforçant d'évaluer le risque que représente le citoyen pris individuellement et de quantifier le coût en rapport avec ce risque-santé.

Or, ce risque-santé est-il réellement évaluable ? D'autre part, le coût est dépendant soit des prix administrés, soit de celui fixé par le marché.

Peut-on réellement parler de concurrence dans le marché des soins de santé alors que tous les économistes de la santé s'accordent à convenir que l'offre conditionne la demande ? Le marché de la

santé n'est pas un marché comme les autres et la concurrence n'aurait pour seul effet que de confirmer la domination de l'offreur ou de l'acheteur puisque l'acheteur n'est pas à même d'apprécier toutes les caractéristiques du produit.

Dans ses rapports avec l'Etat, la caisse d'assurance reçoit une somme fixée en fonction d'une formule mathématique qui tient compte de facteurs de risque. Cette formule n'est pas parfaite dans la mesure où :

- les situations des citoyens sont fluctuantes au cours du temps ;
- les facteurs de risque ne sauraient être énumérés de manière exhaustive ;
- seules sont prises en compte les caractéristiques de risque de la demande en méconnaissant l'influence de l'offre dans l'induction de la dépense ;
- elle donne lieu à un financement qui ne précise pas comment et dans quelle proportion il prendra en compte les facteurs exogènes inattendus (par exemple une épidémie).

Reconnaissons que répartir des enveloppes financières par caisse (sur la base de critères contestables) peut provoquer une rupture de la cohésion sociale dans un pays ou une communauté et oblige à imaginer un mécanisme de compensation (dit de péréquation) entre caisses ou organismes assureurs.

#### ● Que devient le consommateur, le citoyen dans ce processus ?

1. Il devra accepter une restriction quant au choix des prestataires. Il devra fréquenter le réseau d'institution agréé par l'assureur ;
2. Partant du principe que « le mauvais risque de chasser le bon », les organismes assureurs auront une tendance naturelle et logique à segmenter le marché et - pourquoi pas - à moduler les cotisations en fonction du risque ;
3. Outre la segmentation, on peut aussi craindre que l'assureur refuse soit d'assumer le risque, soit l'adhésion du membre, soit le rejette du système (sélection des risques) ;
4. Toute entreprise - assureur compris - vise à assurer sa pérennité et à maîtriser ses incertitudes. Le « case manager » sera - pour l'assureur - le garant de l'usage le plus économe des soins de santé. Avec quels critères ? Sous







Cette dame est à jeter ?

quel contrôle ? Avec quel recours pour le malade ?

5. La relation du consommateur avec l'assureur (comme actuellement pour les assurances privées) se concrétisera par un contrat. Le consommateur aura-t-il la capacité de comparer les contrats entre eux lorsqu'on connaît la multitude des paramètres à prendre en compte : franchise, étendue et durée de la couverture, exclusion de certains soins, évolution en fonction de l'âge.

En conclusion, si l'on veut préserver quelques règles héritées des conceptions solidaristes, l'intervention du législateur s'imposera.

#### ● Pour les professionnels de la santé : une révolution culturelle !

La nature du contrat qui liera l'assuré et le professionnel pose questions. La pratique de celui-ci devra intégrer sa dimension financière et son évaluation constante guidera le comportement thérapeutique.

Que devient le secret professionnel ?

Quelle garantie aura-t-on d'un respect de la vie privée ?

#### ● Le système est-il moins coûteux ?

Il est certain qu'une évolution est prévisible (... elle est déjà perceptible aux Etats-Unis). De nouveaux rapports de force apparaissent entre producteurs regroupés face aux assureurs et la diminution des coûts n'est pas aussi importante que prévue.

De plus, la nécessité de rassembler et traiter les informations entraîne des coûts de gestion qui risquent d'obérer le système.

#### ● Et les problèmes éthiques ?

En proposant l'introduction de mécanismes incitatifs à l'efficacité des soins, les questions éthiques sont abordées sans un éclairage précis.

Peut-on tracer une limite financière à la dispensation des soins ?

A partir de quel moment peut-on considérer qu'une thérapeutique est opportune ?

L'approche économique suggère une issue à ce

problème en déclarant inutile ce qui n'entre pas dans un modèle financier.

L'éthique porte la marque des valeurs véhiculées au sein d'une société. Si l'empreinte économique s'insinue dans tous les rouages de la société, l'éthique déclarera inacceptable ce qui est considéré comme une atteinte à la compétitivité, à la rentabilité !

---

### La conclusion est simple

1. Soyons attentifs à l'introduction de notion telle que la responsabilité dans les mécanismes sociaux. Elle pose les bases d'une sécurité sociale uniquement assurantielle.
2. Cette perspective n'est pas moins coûteuse et accentue l'individualisme, générateur de rupture de la cohésion sociale.
3. La concurrence et le managed care exigent un large éventail de réglementations et appellent une nouvelle inflation de lois.

Ne faudrait-il pas mieux améliorer le modèle solidariste ? Ce principe de solidarité reste - à notre avis - la seule référence valable car elle offre au moins un avantage qui n'a pas de prix : créer un espace de socialisation qui contribue à l'harmonie des relations sociales. ●

# Justice sociale et individualisme libéral

**Axel Hoffman.**  
*Extraits de*  
 « *Considérations éthiques sur le dépistage génétique des travailleurs à l'embauche* » in *Médecine du travail et ergonomie*, vol. XXXIV n°1, 1997, p 29-35.

(...) Parler de justice, et de justice sociale, notamment au plan des soins de santé n'équivaut pas automatiquement à parler de justice redistributive.

Dans nos sociétés pluriculturelles en voie de globalisation, où les repères traditionnels et religieux ne portent plus la vision unanime du bien, il importe que la justice soit garante du droit de chacun à poursuivre son existence selon ses convictions, dans le respect de celles des autres. Cette conception de la justice qui se fonde sur le droit des individus en s'interdisant toute hiérarchie des conceptions de la vie bonne ou de la finalité de l'existence a donné naissance à diverses théories relevant de ce que l'on peut appeler l'individualisme libéral. Nous citerons brièvement trois théories de la justice qui marquent la pensée de nos sociétés actuelles et nous verrons comment elles régissent la distribution des soins de santé.

différentes conceptions du bien-être, il existe différentes versions de l'utilitarisme, mais toutes affirment que les actions humaines, individuelles ou collectives ne peuvent être jugées qu'en terme de production maximale d'une certaine valeur appelée utilité.

Dans cette perspective, les intérêts de chacun contribuent à déterminer de manière égale ce qui est collectivement préférable. Les préférences minoritaires sont négligées si elles ne rencontrent pas le choix du plus grand nombre : **maximiser le bien est prioritaire par rapport à l'égalité de considération des personnes.**

En terme de bien-être collectif et de soins de santé, cette théorie accorde le pouvoir d'emporter les décisions aux analyses de type coût/efficacité et coût/bénéfice mais ne garantit que des soins de base minimum et encourage la prise en charge individuelle des autres besoins. Elle justifie donc l'inégalité d'accès aux soins, et l'exclusion de certains groupes.

(...)



## ● Le libertarisme

Une seconde théorie qui recueille beaucoup d'échos depuis les années 70 est le libertarisme.

Dans sa version pure et dure, le libertarisme fait de la liberté la valeur suprême. Cette liberté n'a d'inscription sociale que dans un système de droit de propriété absolu. Ce droit de propriété est considéré comme sacré, inviolable et inaliénable. La justice consiste simplement à respecter les droits fondamentaux de chacun ainsi définis. Toute forme d'Etat est rejetée, la société n'a d'autre rôle que de sauvegarder les intérêts privés : c'est un anarcho-capitalisme.

Au plan des soins de santé, chacun est totalement libre de s'acheter les soins qu'il désire ou qu'il a les moyens de s'offrir. Toute intervention de l'Etat visant à imposer un modèle de distribution de soins est rejetée ; c'est ainsi que les impôts destinés à financer la recherche, la formation ou les organismes de dispensation de soins sont considérés comme un vol qualifié. Les inégalités

## ● L'utilitarisme

L'utilitarisme considère le bien-être individuel comme la valeur éthique fondamentale. Selon

de besoins ou d'accès aux soins sont de l'ordre de la loterie naturelle et n'ont aucune portée éthique ; seuls sont injustes et susceptibles de réparation les problèmes de santé provoqués du fait d'autrui sans que l'on y ait consenti, ou encore les problèmes de santé liés à la coexistence sociale, tels que les maladies dues à la pollution ou à des substances toxiques .

(...)

L'exemple libertarien, si étranger à nos sociétés européennes, nous met en garde contre les dangers d'un emploi intempestif du concept de liberté. Une liberté qui exclut par principe toute réponse collective basée sur une obligation légale de rencontrer les besoins en soins de santé n'aboutit qu'à générer des inégalités qui diminuent de fait la liberté réelle de chaque personne dans cette collectivité.

(...)

### ● Le libéralisme égalitaire

Ces deux théories se réfèrent à des notions d'intérêt (l'efficacité des utilitaristes) ou de droits (la liberté négative des libertariens). Une troisième théorie, exposée par John Rawls dans sa « *Théorie de la Justice* » parue en 1977 se rapproche davantage de nos conceptions. Rawls soutient que des institutions sont justes quand on ne fait aucune distinction arbitraire entre les personnes dans la fixation des droits et des devoirs de base, et quand les règles déterminent un équilibre adéquat entre des revendications concurrentes à l'égard des avantages de la vie sociale.

Cette théorie de la justice comme équité se présente comme une théorie du contrat social, conclu par un accord volontaire sur des principes susceptibles de réguler l'ordre social.

Elle repose sur deux principes :

- toute personne a un droit égal à l'ensemble le plus étendu de libertés fondamentales égales qui soit compatible avec un ensemble semblable de libertés pour tous ;
- les inégalités sociales et économiques doivent satisfaire deux conditions : elles doivent être au plus grand bénéfice des membres les moins

avantagés de la société et attachées à des fonctions et positions ouvertes à tous dans des conditions d'égalité équitable des chances.

C'est une tentative de concilier les deux valeurs fondamentales de nos sociétés : liberté et égalité, d'où l'appellation de libéralisme égalitaire : « A chacun de faire son bonheur, mais à la société d'en distribuer équitablement les moyens ».

(...)

Le problème est que Rawls ne considère pas les soins de santé comme des biens sociaux premiers ! Sa théorie, en effet s'attache aux relations entre citoyens normalement actifs et pleinement coopérants d'une société... Les services « spéciaux » en matière de santé et de soins de santé correspondent à des besoins inhabituels, difficiles à rencontrer et qu'il n'envisage pas dans « *Théorie de la Justice* ». (...) ●

# Privé

## Défense d'entrer

### ou les dangers liés à la privatisation des soins de santé

*Axel Hoffman,  
médecin  
généraliste.*

L'assurance maladie obligatoire couvre de moins en moins les soins de santé... Il s'ouvre ainsi un champ de soins non couverts sur lequel mutuelles (via l'assurance complémentaire) et assureurs (contrats privés) peuvent semer en liberté.

L'exemple du « modèle de Bruges » a beaucoup fait jaser. L'INAMI traînait la patte pour faire accéder au remboursement le matériel de chirurgie endoscopique. Pas patientes, les mutualités chrétiennes de Bruges ont négocié ce remboursement directement avec cinq hôpitaux de la région, dans le cadre de leur assurance complémentaire d'hospitalisation. Pour être remboursés, les patients devaient se faire soigner dans les hôpitaux ayant signé cet accord. On se trouvait à ce moment dans une situation proche du managed care : l'affilié n'avait pas le choix du médecin, celui-ci se voyait fortement suggéré la procédure thérapeutique à suivre... Depuis, happy end, les techniques chirurgicales en question sont rentrées dans le cadre de l'assurance obligatoire (remboursement INAMI).

Le plan 1+1=3 éveille les mêmes craintes : les mutualités libres proposent aux hôpitaux de négocier, chacun pour soi, des accords de sécurité tarifaire en échange de facilités administratives. A nouveau des contrats quasi « privés » dont l'aboutissement aurait pour conséquence que l'organisme assureur détermine le comportement des soignants et soignés...

---

#### Privatiser

Les deux exemples que nous venons de citer nous introduisent à la gestion privatisée des soins, basée sur des contrats passés entre partenaires agissant à titre privé.

Privatiser, c'est attribuer à une société privée une mission auparavant dévolue au secteur public. Dans ce transfert, l'Etat espère pousser la société privée à remplir les tâches que lui-même assumait. La société privée souhaite ne reprendre que les tâches rentables ou rentabilisables, le profit étant une condition de survie dans le secteur privé. Il y a entre ces deux parties négociation d'un contrat ou d'un

cahier de charges, et la privatisation revêtira des aspects bien différents selon ces contrats.

*Six cents piastres pour un bras droit.  
Cinq cents pour un bras gauche.  
Et deux mille pour les deux yeux.  
Dans l'île de la Tortue, les pirates blessés  
au combat sont assurés d'un capital. Tout  
l'équipage cotise, chacun sur sa part de  
butin. Le quartier maître gère la caisse de  
solidarité. Quelle que soit sa valeur à  
l'abordage, l'estropié est indemnisé selon  
la perte qu'il a subi. C'est la règle, une  
règle sacrée dans cette société dite hors les  
lois. Et malheur à qui tenterait de se sucrer  
sur le compte de la caisse...*

Dans le secteur des soins de santé, une privatisation totale représenterait le passage d'un modèle de solidarité à un modèle d'assurance privée.

**Modèle solidaire** : tous les citoyens cotisent sur base des revenus de leur travail et les malades bénéficient de soins selon leurs besoins de santé, indépendamment de ce qu'ils ont cotisé. Le principe fondateur de ce modèle est l'équité.

**Modèle privé** : chacun cotise ce qu'il désire et bénéficie d'une couverture de ses frais médicaux à hauteur des montants ou des prestations pour lesquels il a versé des primes. Ceux qui peuvent payer plus sont assurés de meilleurs soins et d'une couverture plus large. Le principe fondateur de ce modèle est la rentabilité économique.

La plupart de systèmes de santé sont axés sur un de ces deux modèles mais recèlent des éléments mixtes. Ainsi le système américain, essentiellement privé et financé par les grandes entreprises, possède un embryon de sécurité sociale pour les personnes âgées et les démunis (Medicare et Medicaid). De plus, toutes les HMO\* ne sont pas de nature commerciale.

En Belgique, pays à système solidaire, il existe des éléments de privatisation de la couverture soins de santé. Par exemple, les cotisations complémentaires

\*HMO : Health  
maintenance  
organization



Cette dame est à jeter ?

demandées par les mutuelles pour couvrir certaines prestations fonctionnent sur un modèle où l'assuré verse un montant indépendant de ses moyens pour obtenir un service en cas de besoin. On connaît d'autre part les contrats d'assurance privée portant sur des risques santé non couverts par l'assurance obligatoire ou complétant une couverture incomplète. L'assurance « dépendance » est un besoin « nouveau » dont il faudra déterminer qui du privé ou de la protection sociale assurera la couverture.

le représenter... que penser alors du déroulement quasi confidentiel des élections mutualistes ? Ou devra-t-il s'en remettre au privé en espérant que « le client y est roi » ?

**Les mutuelles ?** Auront-elles la possibilité de représenter réellement l'utilisateur... ou seront-elles acculées à gérer la pénurie tout en veillant à leur propre survie et à celle de leurs institutions de soins ? Alimentées par l'argent de la solidarité, poussées dans le dos par la « responsabilisation »<sup>1</sup>,

## Non, ce n'est pas un fantasme

La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) va plus loin. Lors de son assemblée générale extraordinaire, tenue mercredi 22 avril, la première organisation médicale a adopté un « projet confédéral » dans lequel elle préconise de mettre fin au monopole de la sécurité sociale pour la couverture des maladies de base. Mutuelles et compagnies d'assurance seraient autorisées à rembourser « au premier franc », mais l'Etat définirait au préalable un cahier de charges pour les opérateurs mis en concurrence

(non sélection des risques, obligation de s'assurer, etc.).

Le groupe Axa a mis au point un projet de ce type pour ses assurés d'Ile-de-France, et la Confédération des syndicats médicaux français a participé à son élaboration. Jusqu'à présent, le gouvernement a explicitement rejeté la proposition du groupe de Claude Bébear. Dans leur lettre aux médecins, les ministres mettent en garde ceux qui jouent « l'échec d'une politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé pour laisser le champ libre aux initiatives privées, c'est-à-dire à plus de contrainte et moins d'éthique pour les médecins, plus d'inégalités et moins de garanties pour les patients ».

Cela n'empêche pas les réflexions d'aller bon train, y compris à gauche. Dans un récent article publié par l'Encyclopédie de l'assurance (Economica 1997), Gilles Johanet, ex-directeur de la Caisse nationale d'assurance mutuelle des travailleurs salariés (CNAMTS) et ancien conseiller de Pierre Mauroy n'exclut pas une solution où l'Etat ne serait plus gestionnaire de système de soins (à travers les caisses de « sécurité sociale »), mais seulement garant de la bonne application d'un cahier des charges qu'il aurait fixé, laissant ainsi la concurrence jouer entre les assureurs publics et privés, comme en Allemagne par exemple.

Extrait de « Médecine libérale ou démocratie sanitaire », article de Jean-Michel Bezat paru dans le Monde du 30 avril 1998.

## Enjeux de la privatisation : qui va avoir la maîtrise des coûts ?

Privatiser : le succès de cette idée est proportionnel aux difficultés rencontrées dans la maîtrise des soins. La question est : qui va redresser la barque... ou à défaut assumer la catastrophe. Ou : qui a voix au chapitre de la maîtrise des coûts ?

**L'utilisateur**, comme dans l'île de la Tortue ? En tant que payeur et consommateur il est éthiquement impensable qu'il n'ait pas son mot à dire. Dans nos démocraties représentatives, il devra déléguer sa parole, mais à qui ? A l'Etat qui lui paraît si lointain et désincarné ? Aux mutuelles qui disent

ne seront-elles pas tentées par les dérives managériales, les contrats particuliers qui sont une négation de la solidarité ? N'est-ce pas là un pas vers une privatisation plus large qui pourrait voir des lobbys privés les déborder ?

**Les médecins ?** Trop d'intérêts à la fois scientifiques, éthiques, économiques et corporatistes, trop de pressions à la fois politiques et commerciales les tiraillent. S'il est indispensable d'entendre leur expertise de gens de terrain dans les choix de politique de santé, la spirale inflationniste de la techno-science rend impensable de leur abandonner sans contrôle la régulation financière du système.

*1. voir les articles de Jean Degré et Pierre Cools dans ce numéro.*



Privé. Défense d'entrer...  
ou les dangers liés à la privatisation des soins de santé

**L'Etat**, émanation de la démocratie ? Dans de nombreux domaines, les lourdeurs d'appareil et l'insuffisance de motivation « compétitive » sont dénoncées pour appeler à la privatisation de pans entiers du service public. L'Etat n'a pas grande marge de manoeuvre : laxiste, il ne jugule pas l'hémorragie financière, autoritaire, il est accusé d'attentat à la liberté individuelle et de rationnement des soins. Il n'a que deux façons de résoudre ce dilemme : sortir de l'objectif strictement budgétaire et réformer le système en profondeur ou alors « vendre » les services... c'est-à-dire euthanasier la solidarité, lui tordre le cou dans l'illusion que les lois de la concurrence et de la compétitivité perpétueront ses bienfaits.

*C'est dans le New Jersey que l'on peut croiser les dirigeants de Health maintenance organization (HMO) les mieux payés de tous les Etats Unis. L'un d'eux a gagné trois millions (en francs belges) par... jour en 1996.*

*A sa démission, il a reçu une prime de départ de trois cent cinquante millions. Ce qui correspond à un peu plus de trois mois de préavis, normal.*

**Le « privé »...** ? Pour un opérateur privé, l'intérêt de « racheter » une affaire aussi peu rentable que l'assurance maladie réside dans la possibilité de changer les règles du jeu et de la rendre rentable. Les lois du marché et de la concurrence l'y poussent vigoureusement. Et ça fonctionne : grâce aux techniques de managed care made in USA, le secteur privé y engrange de plantureux bénéfices. La qualité des soins est un autre débat...

**Ne pas confondre privatisation et managed care.**

La privatisation signifie que le système de soins est géré par un organisme privé. Le managed care signifie que tous les soins sont contrôlés par le manager quel qu'il soit (ce peut être l'Etat, une caisse mutuelle ou un privé). En pratique, si le managed care n'implique pas forcément une privatisation, la privatisation appelle le managed care : l'organisme privé a évidemment intérêt à contrôler son entreprise de soins.

**Les lois naturelles du marché**

Un argument avancé en faveur de la privatisation des couvertures soins de santé repose sur l'hypothèse d'une régulation naturelle des coûts quand ils sont soumis aux lois du marché et de la concurrence.

La protection « artificielle » du risque maladie par la solidarité serait une cause majeure de l'inflation des coûts et la suppression de cet « artifice » suffirait à équilibrer les budgets. Il est vrai que la protection sociale dope la solvabilité de tous en soins de santé. La masse d'argent brassée dans ce secteur s'en trouve considérablement accrue. Usagers et professionnels de la santé piochent dans le pot commun sans restriction majeure, l'Etat hésitant dans son rôle de régulation tout en continuant à assurer le financement. L'idée, c'est que les lois « naturelles » du marché se chargeront « naturellement » de cette régulation et du contrôle des coûts. Donc il faut privatiser.

Nous ne pouvons souscrire à ce raisonnement.

Tout d'abord, l'inflation des coûts est liée à d'autres facteurs qu'une consommation sans freins : le développement techno-scientifique, le vieillissement des populations, la médicalisation de problèmes autrefois gérés dans les cellules familiales, l'apparition des « maladies de société », l'absence d'une véritable politique de santé et les dysfonctionnements du système de soins rendent davantage compte de la progression des dépenses que les abus, même réels, de consommation. Les lois du marché ne seront pas plus capables que d'autres procédures de réguler équitablement tous ces facteurs.

Ensuite, invoquer la défaillance de l'Etat dans la régulation des soins pour appuyer la privatisation, c'est évacuer la dimension politique de la question : dans un système privatisé, la seule tâche demeurant aux mains du politique sera l'établissement d'un cadre général de soins à l'intérieur duquel le privé sera sans autre contrôle que sa compétitivité et à l'extérieur duquel l'Etat gèrera le non-rentable (les improductifs, les âgés, les démunis, ...). Le vrai défi n'est pas d'entériner les insuffisances de l'Etat pour se jeter dans l'illusion d'un secteur privé censé détenir la clé de l'efficacité, mais au contraire de développer et rendre viable un projet politique de santé au service des citoyens .

Enfin, de quelle efficacité se targue le privé ?





Cette dame est à jeter ?



à offrir les meilleurs services qu'à assurer réellement la santé de ses affiliés. Or, ces deux notions sont loin de se recouvrir exactement ! Les virulentes critiques qui secouent les HMO montrent la distance qui sépare leurs excellents bilans financiers et la satisfaction des usagers.

Au moindre coût ? Il y a différentes manières pour une société privée de réduire ses coûts : elle peut jouer sur les frais de fonctionnement et sur les salaires, imposer des procédures destinées à améliorer le rendement (managed care) mais aussi sélectionner une clientèle solvable et en bonne santé, excluant les insolubles et... les malades.

Dans ces conditions, privatiser signifie la fin de la solidarité et l'assujettissement de la santé au profit.

L'efficacité représente le rapport entre l'efficacité et le coût. Un système efficace est un système qui a une bonne efficacité au moindre coût.

Une bonne efficacité ? Le secteur privé a pour moteur essentiel la recherche du profit. S'il est de bon ton actuellement de ne pas le mépriser (le profit est politiquement correct), il faut éviter de confondre réussite financière et efficacité médicale. Dans un contexte de concurrence entre sociétés privées d'assurance santé, chacune cherchera plutôt

*Le docteur T.W. Self, gastro-entérologue pédiatre, passe trop de temps avec ses petits patients. Non content d'ignorer que « Time is money », monsieur Self se permet de prescrire des examens chers sous prétexte qu'ils sont moins agressifs que des techniques meilleur marché. Les gestionnaires de sa Managed care organization (MCO) ont toléré ses fantaisies pendant douze ans. En 1995, ils se décident à le virer. Le docteur Self n'apprécie pas et invoque une loi californienne protégeant le médecin qui agit en plaçant l'intérêt du patient avant toute autre considération. Après trois années de procédure, il se verra donner raison et touchera septante millions (en francs belges) de dommages et intérêts.*

## Conclusion

Le monde est étrange. Aux USA les organismes privés font l'objet de campagnes de dénigrement de plus en plus intenses tant de la part des usagers que d'une frange croissante du personnel soignant. L'acteur « Superman » Christopher Reeves, tétraplégique à la suite d'un accident est la figure charismatique de ce combat qui accède à une grande médiatisation.

Dans le même temps, des voix s'élèvent en Europe pour réclamer la privatisation des soins. La position de la Confédération des syndicats médicaux français (voir l'article du Monde, page 53) en est une péripétie récente.

Nous voulons l'équité dans les soins de santé, et pour cette raison nous soutenons les systèmes de solidarité contre les privatisations. C'est à l'intérieur de la solidarité qu'il faut réformer et rendre efficace notre système de soins. Et développer avec tous, usagers, payeurs, prestataires et l'Etat émanation de la collectivité, un véritable projet politique pour la santé. ●

# La nécessité du virage ambulatoire : pour des raisons de contrôle des coûts et pour mieux rencontrer la volonté de la population

**Pierre Drielsma,**  
médecin  
généraliste.

## Concept

Par virage ambulatoire, il faut entendre le dégraissage progressif des soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires. La plupart des pays développés connaissent ce processus. Il fût entamé en Belgique par notre actuel Premier ministre, alors qu'il était ministre des Affaires sociales. C'est de cette époque que datent les premières fermetures de lits hospitaliers et l'encouragement au regroupement d'institutions. Le virage ambulatoire a plusieurs causes : d'abord, l'explosion des coûts du secteur hospitalier qui induisent un rétro-contrôle (feed-back) négatif. Ensuite, on observe que les techniques médicales permettent des séjours hospitaliers de plus en plus courts<sup>1</sup> : les opérations abdominales par laparoscopie sont moins traumatiques pour la paroi, la radiologie interventionnelle est peu traumatique, etc.

1. Cfr article du cahier consacré au forfait dans Santé conjugulée numéro 3.

2. voir le cahier de Santé conjugulée numéro 1.

3. A ce sujet, on peut se demander ce que devient l'économie hospitalière pour les maisons médicales au forfait. En effet, tout effort de retour précoce aidera l'hôpital, mais pas l'INAMI et donc n'induirait pas d'économies. Il ne restera plus que le levier des taux d'admission.

## Enjeux

Le virage ambulatoire ne va pas de soi. Les hôpitaux sont pourvoyeurs d'emplois qualifiés et non qualifiés. Ils représentent une vitrine électorale utile pour les élus. Le pouvoir politique se sent insuffisamment présent sur le terrain ambulatoire. Les prestataires de soins sont atomisés et/ou inorganisés.

Marc Renaud affirmait lors de notre congrès la nécessité de réduire le nombre de lits hospitaliers<sup>2</sup>. Il envisageait trois lits pour mille habitants : en Belgique aller vers cinq lits/mille habitants semblait déjà cataclysmique. Et pourtant, il faut ralentir la fournaise médicale qui brûle sans chauffer.

De toutes façons, le mode de paiement des hôpitaux va actuellement dans ce sens (la base du financement hospitalier vire au forfait par pathologie, quel que soit le nombre de jours de séjours réels)<sup>3</sup>.

Vider les hôpitaux c'est bien, mais où iront les malades qui y séjourneraient ?

Nous devons répondre à cinq questions :

1. Combien de malades retourneront (ou resteront) à domicile ? Dans et à quelles conditions ?
2. Combien entreront (ou resteront) en institutions, maisons de repos, maisons de repos et soins, maisons de soins psychiatriques. Dans et à quelles conditions ?
3. Combien ça coûtera et quelles économies peut-on espérer ?
4. Qui paiera ?
5. Qui a le pouvoir ?

### 1. Combien de malades à domicile ?

Les malades pourront d'autant plus rester à domicile qu'ils disposent d'une autonomie suffisante, qu'un entourage (familial) minimum existe, que les soins coordonnés à domicile sont suffisamment organisés et de qualité. On peut envisager que plus de la moitié des patients candidats à l'hospitalisation ou peu hospitalisés se retrouvent dans ce cas. Un des facteurs limitants bien connu est la présence nocturne d'un (semi) professionnel. La télévigilance est une réponse partielle à cette problématique, mais les progrès de la télématique permettent d'envisager des systèmes plus performants encore.

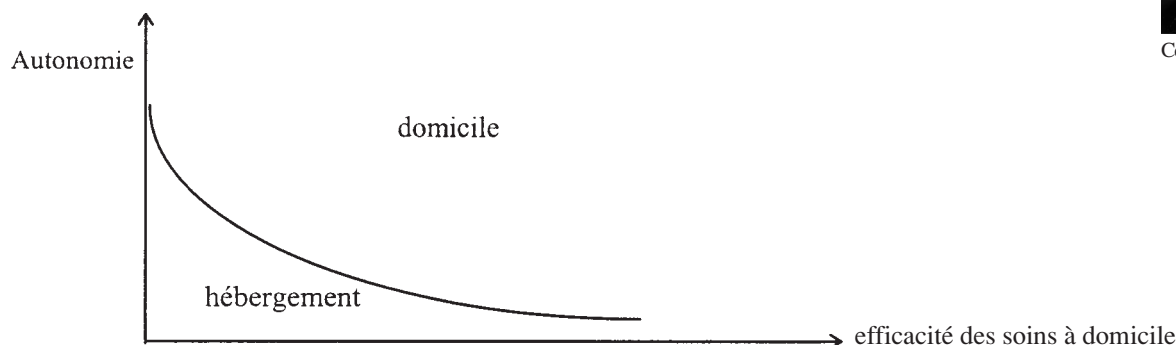
### 2. Combien de malades hébergés dans des institutions non-hospitalières ?

Un certain nombre de patients ne pourront rester ou rentrer chez eux, soit en fonction de la lourdeur de la pathologie (démence, grabataires souffrant d'incontinence mixte, etc.), soit en raison de l'insuffisance des services offerts au domicile. On peut espérer que ce dernier facteur limitant disparaîtra progressivement. Dans ces cas, l'hébergement s'impose et les structures actuelles présentent de gros problèmes de sous-financement : la quote-part des patients (ou à défaut des familles ou des communes) dans l'hébergement en maison de repos et de soins est profondément inéquitable et doit être modifiée, nous reviendrons sur cette question.

L'hébergement est organisé de façon complètement



Cette dame est à jeter ?



éclatée et les passerelles entre les différentes structures sont loin d'être évidentes. Ne voit-on pas des patients débiles d'âge moyen hébergés avec des personnes âgées saines d'esprit dans des maisons de repos, ou des appartements communautaires. Les lieux de vie pour handicapés adultes font globalement défaut, là aussi le financement en partie régional ne garantit pas l'équité. L'hébergement privé, surtout en maisons de repos, pose le problème du rapport entre le marché et des personnes en perte d'autonomie. La dissymétrie entre l'offre et la demande risque d'induire des comportements peu acceptables de la part de l'offreur.

En ce qui concerne les soins psychiatriques ambulatoires, le professeur Cassiers explique avec raison que l'organisation doit être réalisée au départ de l'hôpital, sans quoi le financement (fédéral) ne suivrait pas. Les implications d'un tel constat seront analysées au point 5.

### 3. Combien ça coûtera, quelles économies peut-on en espérer ?

Deux paramètres vont évoluer en sens inverse : le vieillissement de la population et le virage ambulatoire<sup>4</sup>. Il est difficile de prédire quel équilibre s'établira entre ces deux courbes. Mais nous pouvons dire que, toute autre chose étant égale par ailleurs, l'ambulatoire coûtera beaucoup moins cher que l'hospitalisation. Une journée de maison de repos et soins coûte moitié moins cher qu'une journée d'hôpital. Il faut évidemment parler du coût total en ce compris le coût pour les patients, leur famille, les pouvoirs publics des différents niveaux. Le domicile a une performance encore supérieure. Le coût d'opportunité (loisir) pour l'entourage doit évidemment être estimé.

On voit déjà que, si globalement le virage ambulatoire augmentera l'efficacité du système, il y aura des victimes si ce virage n'est pas négocié correctement. Il y a trois types de victimes

potentielles : les usagers, les cotisants modestes, les travailleurs du secteur hospitalier.

Le virage ambulatoire est pour nos décideurs l'occasion de commettre quelques délits d'iniquité sous couvert d'efficacité.

### Comment ont-ils déjà et vont-ils encore procéder ?

Le financement des soins ambulatoires devraient être **intégralement** assuré par les économies induites en soins hospitaliers (INAMI et santé publique !), avec des tickets modérateurs soit nuls soit proportionnels aux tickets modérateurs hospitaliers. Dans les deux cas, les coûts pour les patients baisseraient. Cette baisse du prix payé par les patients aurait pour effet de favoriser le recours aux soins ambulatoires. Pour ce faire, il faut un budget global soins de santé géré au niveau fédéral<sup>5</sup> basé sur une assiette d'impôt, ou à défaut les cotisations sociales plus une cotisation sociale généralisée dont la part serait rapidement croissante.

On le voit, le saucissonnage du financement des soins de santé est à proscrire car il sépare les budgets de façon irrationnelle. Dans le contexte actuel, il est impossible de transfuser les moyens financiers en même temps qu'on transfère les patients d'un type de secteur vers l'autre.

### 4. Qui paiera ?

Question fondamentale. Avant d'y répondre, il nous paraît important de rappeler quelques principes généraux **d'équité dans le financement** des soins de santé. Wagstaff et Van Doorslaer définissent quatre grandes catégories de financement par ordre d'équité décroissante<sup>6</sup> :

1. Le financement par **l'impôt** qui est progressif, théoriquement calculé sur l'ensemble des revenus et donc sur la capacité contributive. (En Belgique, le précompte libérateur différencie indûment les revenus du travail et du capital).

4. *Le vieillissement est souvent décrit comme un scénario catastrophe qui engloutit la sécurité sociale et obère toute réorientation des dépenses. En fait, passé un certain âge (variable), le vieillard consomme la même chose voire de moins en moins. D'autre part, la médecine ne doit pas ajouter des années de vieillesse, mais des années de jeunesse.*

5. *Des enveloppes régionales ou sub-régionales pourraient être définies sur base des besoins et gérées à ce niveau.*

6. *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective. Oxford university press, New York, 1993.*

2. Le financement par **l'assurance publique** ou les cotisations sociales dont l'assiette concerne seulement les revenus du travail. (La cotisation sociale généralisée française touche aussi les revenus de remplacement et du capital, elle est en fait un impôt affecté déguisé et correspond à la première catégorie.).
3. Le financement par **l'assurance privée** qui demande des primes identiques à tous, ou, pis encore, calcule les primes en fonction des risques. Dans ce système, les plus pauvres qui sont aussi les plus à risque paieraient des cotisations plus élevées !
4. Le **financement direct** par l'utilisateur au moment de l'épisode morbide. Dans ce dernier cas, le paiement s'identifie au financement ce qui n'est pas le cas des trois systèmes totalement ou partiellement solidarisés ci-dessus.

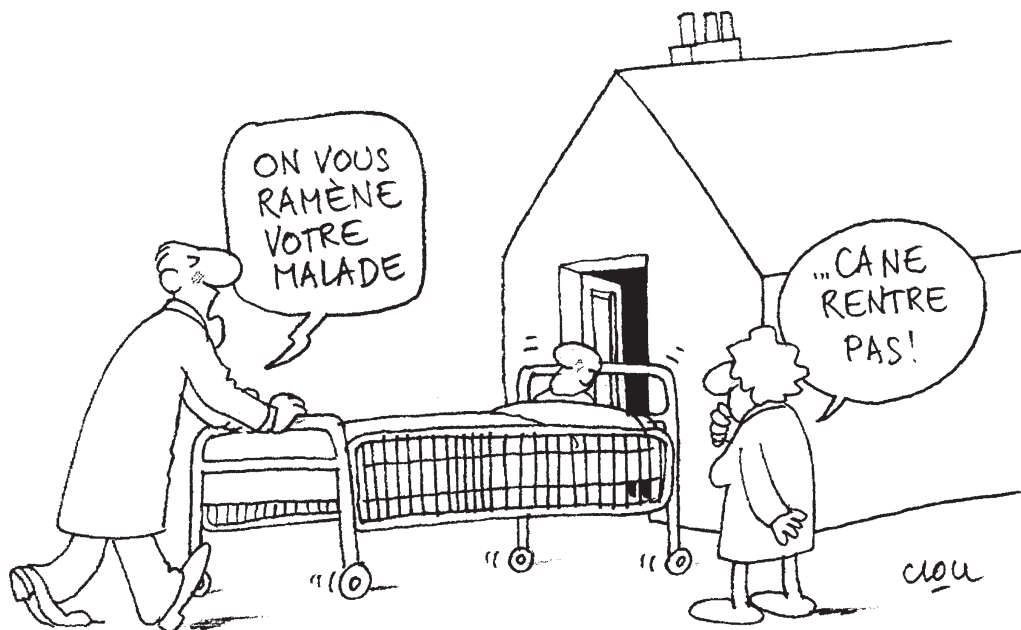
communautaire > régional > provincial > communal), plus l'équité est grande, toute autre chose étant égale par ailleurs<sup>7</sup>.

Le système belge est en mutation, c'est-à-dire qu'on assiste à une cascade des compétences du haut vers le bas : l'iniquité s'aggravera pour la communauté la moins riche, la région la moins riche, la province, la commune... Un dépassement vers le haut (européen en particulier) paraît souhaitable<sup>8</sup>.

On assiste également à une croissance des modes de financement inéquitables comme l'augmentation des tickets modérateurs (mesures Anselme), le projet d'assurances dépendance des mutualités chrétiennes et socialistes (financement égal pour tous indépendamment des revenus). Le système belge s'engage donc vers toujours **plus d'iniquité** en ce qui concerne le financement.

7. La péréquation est un mécanisme qui permet de solidariser financièrement les régions pauvres et les régions riches sans toucher à l'autonomie décisionnelle des pouvoirs fédérés.

8. Les technocrates européens sont des libéraux convaincus, ils unifient les législations commerciales pour les plus grands biens des marchands, mais ils laissent la demande sociale émise au niveau national ce qui crée des effets de concurrence favorable au détricotage des protections sociales.



Le système belge se caractérise par une combinaison des quatre modes de financement définis plus haut. Il est encore compliqué par l'existence des différents niveaux de pouvoir et **l'absence de péréquation** claire entre tous les niveaux de pouvoirs. D'une manière générale et pour simplifier, nous pouvons dire que plus le niveau de pouvoir est élevé (européen > fédéral >

Pour illustrer les difficultés de réformer le système belge, nous allons prendre deux exemples qui confirment la paralysie générée par l'égoïsme sacré. Au point 2, nous nous faisons écho du discours du professeur Léon Cassiers sur le virage ambulatoire en soins psychiatriques. Sa lecture sur le pouvoir hospitalier ne pouvait que nous révolter. En fait, le discours n'était pas une revendication



Cette dame est à jeter ?

hospitalière, mais un constat structurel. Le virage ambulatoire suppose le passage d'une compétence fédérale à une compétence (au moins partiellement) régionale. Dans ce contexte, le financement s'effondre puisque le fédéral ne compte pas ristourner les économies fédérales réalisées aux régions. La seule façon de maintenir l'équité, et donc d'éviter un financement insuffisant, c'est de garder l'hôpital comme aspirateur de fonds fédéraux, pour transférer à travers lui, les fonds nécessaires à l'ambulatoire.

L'assurance dépendance est tout aussi kitsch. Déjà Philippe Busquin s'était préoccupé de ce problème lors de son passage aux Affaires sociales. La question de savoir s'il s'agit d'une compétence fédérale, communautaire ou régionale ne semble pas résolue. In fine, il apparaît que les mutuelles vont organiser un financement complémentaire par cotisation égale. Il n'est pas certain que cette façon de procéder soit plus équitable qu'une gestion régionale. Par contre, ce système est bien pis qu'un financement dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité fédérale. Dans ce système, il y a une solidarité des dépenses mais pas des cotisations ; au niveau d'une gestion régionale, chaque région par contre aurait pu taxer davantage ses riches que ses pauvres.

## 5. A qui le pouvoir ?

Nous avons vu que le virage ambulatoire est un enjeu pour les politiques mais aussi pour les syndicats. Il s'agit aussi et peut-être surtout d'un enjeu entre les prestataires de soins. Nous allons distinguer deux grandes modalités de virage ambulatoire :

### ● Le virage hospitalo-centrique ou *case management*

Dans ce schéma, l'hôpital descend sur la ville et se répand jusque dans les maisons des malades avec l'aide subordonnée de services ambulatoires sans médecin généraliste. On observe cette stratégie dans le traitement du SIDA à domicile et dans le retour précoce à domicile des accouchées avec accoucheuses de l'hôpital qui effectuent le suivi du post partum en ambulatoire.

### ● Le virage « généralisto-centrique »

Ce terme barbare signifie que le généraliste est au

centre du processus : après la parenthèse hospitalière, il reprend en charge le malade qu'il a connu auparavant. Le généraliste solo peut s'entourer soit de prestataires libéraux comme lui, dans un fonctionnement atomisé, soit de centrales de soins. Dans ce cas, il est en effet au centre mais comme une île au milieu d'un océan organisé.

Ces deux formules posent problèmes. Nous pensons que l'équipe de base pluridisciplinaire est mieux à même de suivre des cas lourds à domicile dans la continuité et l'intégration des soins aux autres membres de la famille.

La question est pour les généralistes de savoir à quelle sauce ils seront mangés. Soit ils négocieront, ils s'organiseront en proposant un modèle complet, valide, efficace de soins ambulatoires, soit ils disparaîtront, en premier lieu dans les grandes villes.

Que demande le peuple ? Les patients souhaitent le plus souvent rester à domicile, les familles en général préfèrent garder leur malade à domicile, mais à l'occasion de « crises » passagères, souhaitent un hébergement de relais<sup>9</sup>. Il n'y a aucune raison valable d'organiser les soins à domicile à partir de l'hôpital. En effet, celui-ci souffre déjà d'une maladie liée à sa taille : la bureaucratie. L'éloignement entre le patient et le centre décisionnel ne permettra pas le rétro-contrôle du patient et des familles, contrôle qui serait beaucoup plus aisé avec un généraliste et a fortiori avec une équipe pluridisciplinaire (subsidiarité).

## Les modèles de distribution des soins à domicile

En Belgique francophone (région wallonne et bruxelloise), il existe trois modèles de distribution de soins lourds polyvalents à domicile.

Le tableau 1 situe les différents types de professionnels et leur association plus ou moins étroite au sein de structures définies.

On se rend aisément compte de la difficulté que représente l'articulation de ces différents modèles. Le modèle Centre de santé intégré (CSI) s'articule assez bien avec la partie inférieure (tableau 2) du modèle « Picqué ». Par contre, il y a un recouvrement pour les kinésithérapeutes et infirmier(e)s.

9. Pas forcément une hospitalisation, mais là se pose classiquement le problème des délais pour les autres formes d'hébergements.



	Centre de santé intégré	Coordination « Picqué » (Centre de soins à domicile et Croix jaune)	Coordination « Bertouille » (association de généralistes)	Centre de guidance
<b>globalité</b>	oui	non (cas lourds)	oui	non (troubles psy)
<b>intégration</b>	oui	oui	non	oui
<b>accessibilité</b>	oui	oui (sauf médecine générale)	non	oui
<b>continuité</b>	oui	non	oui	non

tableau 1

On notera que le modèle « Bertouille » marque une préférence idéologique pour la coordination d'indépendants par opposition à une intégration plus étroite via un « employeur » commun. Il va de soi que la coordination avec les centres de guidance ne pose guère de problème pour les thérapies. Par contre, la présence d'un psycho-

thérapeute intégré au centre de santé intégré est souhaitée pour le travail d'inter-(super) vision et le débroussaillage de cas. Le vrai problème qui persiste entre un centre de santé intégré, les Coordinations « Picqué » et les Centres de guidances porte sur l'aspect spécialisé ou non des services. Les coordinations sont réservées aux cas lourds, les centres de guidances aux troubles psychologiques, tandis que les centres de santé intégrés offrent des soins au tout venant. L'intégration est très forte dans les centres de santé intégrés et faible dans les Coordinations « Bertouille » (voir tableau 2).

	Centre de santé intégré	Coordination « Picqué » (Centrale des soins à domicile et Croix jaune)	Coordination « Bertouille » (association de généralistes)	Centre de guidance
<b>Médecine générale</b>	indépendant ou salarié	non	indépendant	non
<b>Kinésithérapie</b>	indépendant ou salarié	salarié	indépendant le plus souvent	non ou salarié, psychomotricité
<b>Infirmières</b>	salarié	salarié	indépendant le plus souvent	non
<b>Secrétariat/accueil</b>	salarié ou bénévole	salarié	salarié (coordination)	salarié
<b>Psychologue</b>	ou psychiatre, ou psychanalyste	non	non	salarié
<b>Psychiatre</b>	ou psychologue ou psychanalyste	non	non	salarié
<b>Assistant social</b>	salarié	salarié (?)	non (?)	salarié (?)
<b>Aide familiale</b>	non	salarié	non	non
<b>Aide ménagère</b>	non	salarié	non	non
<b>Repas à domicile</b>	non	salarié	non	non
<b>Aide logistique</b>	non	salarié	non	non
<b>Télévigilance</b>	non	oui	non	non

tableau 2



Cette dame est à jeter ?

# Sécurité sociale et soins à domicile

**Parler du « case management », « case manager », « managed care » est à la mode ces dernières années.**

**Le modèle anglo-saxon - pour autant d'ailleurs que l'on puisse parler de modèle - est cependant loin d'être identique en fonction des différents pays où il tente d'être appliqué.**

**S'il est évident que le développement des soins de santé primaires est un « impératif catégorique » qui devrait aller de soi et entraîner les conséquences qui en découlent, il y a loin toutefois de confondre ce développement avec la propagation du « case manager ». La santé publique l'a tellement bien compris que pour échapper à une partie des critiques émanant du premier échelon, elle a remplacé ce terme par celui de « référent hospitalier pour la continuité des soins » à l'hôpital et interdit son activité au domicile sauf en réponse à un appel adressé par le médecin généraliste ou un centre de coordination.**

Qu'il faille gérer au mieux les ressources collectives destinées à la santé et à la maladie, nul n'en disconvient. Seuls les points de vue pour y parvenir risquent de diverger grandement. L'hospitalo-centrisme qui a influencé les décisions - ne parlons pas de politique au sens noble du terme - dans le domaine du diagnostic et de la thérapeutique a abouti jusqu'il y a peu à la création d'une pléthore de lits tant privés que publics et de toutes les couleurs. Malgré cette gabegie, la Belgique a pu assurer jusqu'il y a quelques années une très bonne couverture des soins de santé et ce malgré tout avec une certaine efficience (montant des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut).

Aujourd'hui cependant, les moyens se font plus rares et nécessitent une rationalisation pour éviter un rationnement.

Un des problèmes inhérents est cependant la segmentation de la santé dans notre Belgique fédérale. En effet, tout ce qui touche aux soins, stricto sensu est du ressort de l'Etat fédéral ; par contre, tout ce qui touche à l'aide à la vie journalière (aide ménagère, aide familiale, garde à domicile et coordination) dépend des Communautés et des Régions sans parler d'ailleurs du rôle (malheureusement de plus en plus important) que jouent les CPAS pour « récupérer » les personnes passées à travers les mailles du filet de la sécurité sociale.

Les faiblesses du premier échelon restent malgré tout évidentes :

## 1. Une trop grande dispersion

Le réseau belge est important (en termes d'effectifs et d'infrastructures) et souffre la comparaison quand on regarde ce qui se passe dans d'autres pays européens. Mais il est par trop segmenté. Des besoins sont apparus, de nouveaux services ont été organisés sans lien de fonctionnalité entre eux. Ramant à contre courant de ces expériences, les Centrales de services à domicile (CSD) dès 1983<sup>1</sup> et les Centres d'aide et soins à domicile (ASD) dès 1995<sup>2</sup> se sont dotés de nouveaux modes d'organisation de manière à optimiser la réponse globale aux patients.

A signaler que les maisons médicales avaient été les précurseurs de ces expériences de rapprochement puisque dès 1972, elles concrétisaient la mise en place sur un même site, de travailleurs de la santé appartenant à des disciplines différentes.

Maisons médicales, Centrales de services à domicile, Centres d'aide et soins à domicile et autres services intégrés dont certains financés par les pouvoirs publics locaux, ... au delà des clivages philosophiques, un même concept : celui de centre de santé intégré, et une même méthodologie : le travail interdisciplinaire.

Souhaitons que l'Etat donne à ces structures les moyens suffisants pour rendre plus cohérente la politique de soins de santé primaires.

## 2. Un manque de sécurité octroyé aux patients

Même si le réseau d'aide et de soins à domicile est d'une portée plus que significative, il ne parvient pas à procurer le sentiment « d'être constamment »

*Agnès Schiffino,  
Fédération de  
l'aide et des soins  
à domicile.  
Gérard Lemaire,  
Fédération de  
l'aide et des soins  
à domicile  
et Croix jaune et  
blanche.*

*1. Agnès  
Schiffino et  
Gérard Lemaire.  
« Les soins à  
domicile ».  
Edition Vie  
ouvrière (EVO),  
1991.*

*2. Revue contact  
ASD n° 70, 1996  
et n° 71, 1997.*

sous surveillance, sentiment que la personne dépendante éprouve à l'hôpital et dans une institution d'hébergement.

Alors... « hors les murs », point de salut ? Certainement pas. La bio-télévigilance a rendu ces dernières années un service essentiel en termes de santé publique : évitement de l'hospitalisation,

à domicile de jour comme de nuit et en formant des personnes peu qualifiées pour les insérer dans des emplois de proximité. Cette demande n'a - à ce jour - pas été entendue alors qu'elle constitue un moyen de prévention vis-à-vis de l'épuisement de l'entourage et qu'elle favorise un interface structuré avec l'hôpital (par exemple en permettant le retour chez soi après une hospitalisation de jour).

### 3. Le confort trop peu soutenu

Le confort, c'est comme la qualité de vie. C'est variable, fluctuant, individuel, difficile à estimer.

Le confort est proche de la sécurité et synonyme de bien-être au quotidien. Il implique que l'on aille « au delà de l'accomplissement simple des prestations », que le fonctionnel ne prenne pas le pas sur l'humain, que la réglementation n'empêche pas la flexibilité, que les limites des services n'étouffent pas l'adaptation de la prestation offerte...

La santé n'a pas de prix et le confort se paie. Certes l'Etat n'est pas la « Providence » qui répond à toutes les demandes et certaines mesures dites de confort (par exemple, une alimentation variée) dépendent des revenus de chacun.

L'accès à des soins de qualité reste malgré tout le vrai devoir d'une société démocratique et toute demande de confort (par exemple, un logement chauffé adéquatement ou la possibilité d'encore se déplacer à l'extérieur malgré des limites physiques) n'est pas une demande de « luxe ».

Pour atteindre ces objectifs d'intégration des services, de sécurité et de confort pour le malade, nous devons, en tant que centre intégré d'aide et de soins, multiplier tout ce qui renforce la performance de l'aide à la vie journalière :

- comme une présence quotidienne auprès de celui qui a choisi de rester dans son milieu de vie ;
- comme un atout vis-à-vis des structures intra-muros dont nous, le premier échelon, choisissons d'être l'allié plus que le concurrent.



3. Selon le dernier rapport d'activité de la Centrale permanence soins à domicile (PSD) en 1996, parmi les appels d'aide, 30 % concernent des chutes (dont 1 % de chutes graves), 1 % des situations d'urgence ou d'accident, 4 % des situations de malaise.

prévention des chutes et des malaises, recul de la date d'hébergement...<sup>3</sup>

La solitude voire l'isolement peuvent être également « tempérés » par la fréquence de passage des intervenants. Les nuits restent cependant porteuses d'angoisse. Les journées semblent parfois vides à ceux dont l'entourage est réduit. Et le rêve de l'autonomie laisse place aux contraintes quotidiennes.

Depuis des années, il est demandé aux pouvoirs publics de combler la lacune existante dans le réseau d'Aide et des soins à domicile en reconnaissant officiellement la prestation de garde



Cette dame est à jeter ?

Il faut insister par ailleurs sur le fait que les prestations du premier échelon ont généralement respecté leur enveloppe budgétaire et qu'il y a peu de double ou de triple emploi à ce niveau.

D'autre part, tant les maisons médicales que plusieurs centres de coordination de soins et services à domicile avec des approches, sans doute différentes, ont pu grâce à leur activité améliorer le service rendu au patient essentiellement en lui apportant une réponse globale.

Nous pensons que dans ce contexte, il est urgent de mettre en place trois mesures :

1. La première mesure est la volonté de construire **un premier échelon fort, efficace et efficient**. Pour ce faire, nul besoin de créer partout des case manager mais bien plutôt d'apprendre aux différents acteurs de la santé à sortir de leur individualisme et à travailler en interdisciplinarité. Celle-ci, loin d'aboutir à une confusion des professions et à des peurs identitaires, doit au contraire s'employer à mieux connaître les champs de toutes les disciplines afin de créer des réseaux intégrés, assurant prévention, curatif et revalidation.

2. La deuxième mesure est de mettre en place **l'octroi d'une allocation d'autonomie**, quel que soit l'âge de la personne dépendante, afin de lui donner la possibilité de vivre et de mourir dans la dignité, là où elle le désire.

3. La dernière mesure est d'accorder enfin une **attention** toute particulière à **l'accompagnant principal** de la personne soignée à domicile. En effet, il est amplement démontré aujourd'hui que le nombre d'hospitalisations, de ré-hospitalisations et d'institutionnalisations ont pour cause essentielle « l'usure » de l'aidant principal. C'est la raison pour laquelle le soutien de ce dernier est indispensable dans une réelle politique de santé. ●

# La protection sociale dans le domaine des soins de santé

## Une comparaison européenne

*Axel Hoffman,  
médecin  
généraliste.*

**On entend souvent affirmer que notre système belge de soins de santé et de protection sociale est le meilleur qui soit (ou un des meilleurs). Ce jugement ponctue en général un discours partisan du non changement, du maintien des modes de fonctionnement et avantages acquis. A l'appui de cette affirmation, on vous invitera à regarder comme cela va mal ailleurs : les files d'attente en Angleterre ou l'impossibilité pour les démunis d'accéder à des soins dépassant un socle minimal aux Etats-Unis. Voyons, sur base d'une étude réalisée par Philippe Vanhuynegem, Michel Dispersyn et Yvan Guillaume, comment se comporte notre système de protection sociale quand on le compare, chiffres en main, aux pays de l'Europe des douze<sup>1</sup>.**

---

### Quels critères pour évaluer la fonction santé ?

Un bon système de santé doit rencontrer divers objectifs : garantir la qualité des soins, en assurer l'accès, contribuer à la prévention des maladies, mais aussi donner la priorité aux soins de santé primaires, responsabiliser patients et personnel, adapter les coûts aux ressources. Devant choisir entre divers systèmes de santé, un individu isolé sera peu sensible à des notions de responsabilité ou de gestion efficace, et se souciera surtout d'être couvert et de disposer de soins de qualité, accessibles et bien remboursés. Ce sont ces derniers critères que nous utiliserons, sur base de chiffres de 1991.

*1. Belgique,  
Danemark,  
Espagne, France,  
Grèce, Irlande,  
Italie,  
Luxembourg,  
Pays-Bas,  
Portugal,  
République  
fédérale  
d'Allemagne  
(RFA), Royaume-  
Uni.*

#### ● La population couverte

Que ce soit pour les soins hospitaliers ou ambulatoires, la plupart des pays étudiés couvrent de 98 à 100 % de leur population.

En soins hospitaliers, la Belgique couvre 98 % de sa population : seuls la République fédérale d'Allemagne (92,2 %) et les Pays-Bas (73 %) font moins bien.

Les mêmes chiffres se retrouvent pour les soins ambulatoires, sauf pour la Belgique qui ne couvre que 93 % de sa population et pour l'Irlande : 37 %. La couverture des dépenses de pharmacie est comparable à celle des soins ambulatoires, sauf pour l'Irlande (42 %) et les Pays-Bas (62 %).

#### ● L'accessibilité

Trois pays (Danemark, France et Grèce) exigent un stage, c'est-à-dire une période d'attente avant de pouvoir bénéficier du remboursement. Cette procédure existait encore en Belgique jusqu'en 1997.

En Allemagne et aux Pays-Bas, l'assurance collective obligatoire ne couvre pas les personnes qui dépassent un certain plafond de revenus.

Le libre choix du médecin existe en Allemagne, en Belgique, au Portugal, en France et au Luxembourg. Dans les autres pays, diverses réglementations restreignent ce choix.

En Belgique, au Luxembourg, en France, au Danemark et en Irlande, les patients doivent avancer le coût de la consultation avant de se faire rembourser (sauf cas d'exceptions). Le tiers payant ne pose pas de problème dans les autres pays.

L'accès au spécialiste est partout réglementé (échelonnement) sauf en Belgique, France, Allemagne et Luxembourg (libre accès).

#### ● Le niveau de remboursement conventionné

Les chiffres présentés ici concernent seulement les dépenses faites par un usager qui ne s'adresserait qu'à des prestataires conventionnés et respectant les tarifs réglementaires. Ils doivent être nuancés : ainsi le Royaume-Uni offre un niveau de





Cette dame est à jeter ?

	Soins hospitaliers	Soins ambulatoires	Pharmacie
Portugal	100 (72,7)	100 (75)	67 (73,1)
Danemark	100 (100)	78 (61,7)	45 (44,2)
RFA	98 (84,6)	90 (68,9)	50 (65)
Irlande	95 (94,1)	100 (21,3)	62 (67,1)
Italie	85 (85,4)	73 (72,3)	66 (66,7)
Luxembourg	90 (95,1)	88 (86)	84 (87)
Royaume-Uni	99 (92,7)	88 (72,3)	91 (81,1)
Belgique	68 (69,7)	78 (77,8)	52 (67,2)
Pays-Bas	78 (81,3)	61 (62,8)	66,9 (66,9)
France	91,9 (90,2)	59,5 (61,9)	57 (60,5)
Espagne	100 (79,2)	85 (82,2)	77 (68,5)
Grèce	90 (46,7)	85 (44,2)	75 (25,4)

Comparaison des taux de remboursement par types de soins en 1991.

Le premier chiffre concerne le taux de remboursement conventionné.

Le chiffre entre parenthèses donne le taux de remboursement réel observé.

Source : OCDE

remboursement très élevé dans les hôpitaux publics, mais les files d'attente pour y accéder sont longues ; il existe un système parallèle d'hôpitaux privés dont les soins ne sont pas pris en charge par la collectivité mais où les files d'attente sont inexistantes.

Les taux de remboursement des soins hospitaliers sont très élevés dans les pays à *sécurité* sociale (quasi gratuité), un peu moins dans les pays à *assurance* sociale. Seuls les Pays-Bas, avec un taux de remboursement de 78 % et la Belgique avec 68 % sont à la traîne.

Pour les soins ambulatoires et les dépenses de pharmacie, la situation est beaucoup plus hétérogène. Globalement, le Royaume-Uni et le Luxembourg surclassent tous les autres pays pour ce critère, tandis que l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas ont les taux de remboursement les plus bas.

### ● Le niveau réel de remboursement des soins de santé

L'examen du tableau met en évidence que trois pays sont à la traîne en ce qui concerne le niveau réel de remboursement des soins hospitaliers : le Portugal, la Belgique et la Grèce.

On remarquera aussi que si le Danemark, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg et la France accordent

réellement les taux conventionnés, l'écart entre taux conventionnés et taux réellement remboursé est grand en Allemagne et dans les pays méditerranéens (et dans une moindre mesure au Royaume Uni).

La Belgique et les Pays-Bas ont de faibles taux de remboursement conventionné, mais le taux théorique et le taux réellement observé sont proches, ce qui améliore leur position.

En ce qui concerne les soins ambulatoires, les grandes divergences entre pays

s'expliquent par une organisation différente des soins de santé.

Seuls trois pays (Belgique, France, Luxembourg) appliquent le principe du ticket modérateur et du remboursement après consultation. Dans les autres pays, le médecin est payé en salaire ou à la capitation (somme forfaitaire selon le nombre de patients inscrits).

---

Système de sécurité sociale (modèle Beveridge) : la couverture « universelle » s'adresse à l'ensemble de la population sans devoir justifier d'un statut social ou même de cotisations préalables. C'est le cas au Royaume-Uni, au Danemark, dans les pays méditerranéens.

---

Système d'assurance sociale (modèle Bismarck) : la couverture est appliquée selon l'appartenance à telle ou telle catégorie sociale. C'est la situation en France, en Allemagne, en Belgique.

---

Dans le domaine de la pharmacie, les remboursements observés sont parfois supérieurs aux remboursements conventionnés. En effet, en cas de maladie longue et coûteuse, quasiment tous les pays accordent des exonérations, de même que

pour les soins aux patients démunis ou aux pensionnés. Les différences se situent au niveau des critères de longueur et de coût de la maladie ou encore de plafond de ressources de l'usager.

pays mais de mesurer un niveau de protection sociale. En globalisant les indices et en les pondérant de différentes manières, ils réalisent plusieurs simulations et présentent divers « classements » des pays étudiés.

● **La qualité de la médecine**

C'est un miroir indirect du niveau de protection sociale. On prendra en compte la mortalité infantile,

Dans ces différents classements, le Luxembourg et le Royaume-Uni occupent invariablement les deux premières places, suivis par l'Espagne. Si



2. **DULBEA**  
Département  
d'économie  
appliquée de  
l'Université libre  
de Bruxelles

3. Rappelons que l'étude utilise des chiffres couvrant les années 1984 à 1991. Les résultats présentés ici concernent les chiffres les plus récents, soit 1991. En 1997 et 1998, le ministère des Affaires sociales a mis en application une réforme de l'assurabilité, l'extension du statut VIPO et des mesures assurant un meilleur accès aux soins aux patients chroniques. Ces réformes améliorent notre score sur trois critères : la population couverte, l'accessibilité et le niveau de remboursement conventionnel.

l'espérance de vie à cinquante ans, la mortalité périnatale, l'effectif infirmier par lit disponible et la part de dépenses publiques d'équipements médicaux dans l'ensemble des dépenses publiques de santé.

l'usager avait le choix d'un système de protection, c'est parmi ces trois-là qu'il aurait intérêt à choisir. Quatre pays se distinguent par leur niveau de protection particulièrement faible : l'Irlande, la Grèce, les Pays-Bas et... la Belgique, qui ne décolle jamais des deux dernières places<sup>3</sup>.

**Analyse du niveau de protection sociale dans les systèmes de santé**

Sur base des données relevées ci-avant, les chercheurs du DULBEA<sup>2</sup> ont établi une série d'indices agrégés de la fonction santé permettant de comparer les différents systèmes de protection sociale. N'ignorant pas l'imperfection propre aux critères utilisables, leur objectif n'était pas de mesurer les politiques menées dans les différents

Les deux premiers niveaux sont occupés par des représentants des deux systèmes : ni le système universel (Royaume-Uni, sécurité sociale, type Beveridge) ni le système contributif (Luxembourg, assurance sociale, type Bismarck) ne s'impose comme le meilleur.

En étendant l'étude sur la période 1984-1991, on remarque sur l'ensemble des pays une progression de la couverture (population couverte) couplée à une baisse des indices de remboursement, en liaison avec les difficultés financières des organismes de santé.

---

## Commentaire

Il est évidemment désarçonnant de mêler évaluations chiffrées et perception subjective de la valeur d'un système de protection sociale.

Par exemple, la liberté de choisir son médecin et de s'adresser à son gré à un spécialiste (satisfaction subjective) s'accompagne du paiement d'un ticket modérateur qui n'existe pas ou est moins élevé dans les pays où ce choix est restreint. On peut aussi se demander dans quelle mesure cette liberté altère la qualité des soins (tourisme médical) et génère des dépenses supplémentaires pour la collectivité (répétition d'exams). La prise de conscience de ces surcoûts pourrait modifier l'attachement à ces libertés dans le contexte actuel de difficultés financières.

D'autre part, s'il existe une certaine harmonie entre les pays d'Europe pour une couverture collective des soins, les sirènes de leur privatisation se font entendre au loin, et déjà des assureurs privés sont prêts à prendre pied sur les territoires que délaisserait l'assurance ou la sécurité sociale.

Aux USA, le système de socle de soins minimaux relayé par des couvertures privées (Medicare, Medicaid, Health maintenance organization) est de plus en plus ouvertement critiqué. Une étude comparative Europe-USA pourrait mettre en lumière les atouts et faiblesses du système collectif et aider à réorienter nos politiques. ●

## Sources

Philippe Vanhuynegem, Michel Dispersyn et Yvan Guillaume. « Comparaison des systèmes de protection sociale dans le domaine des soins de santé, des retraites et des assurances chômage en Europe ». Département d'économie appliquée de l'Université libre de Bruxelles (DULBEA). Publié dans le cadre des rapports finaux du Programme économie publique des services scientifiques, techniques et culturels..

Béatrice Majnoni d'Intignano. « La protection sociale ». Livre de Poche. Editions de Fallois, 1993.

## Les usagers ont la parole...

**Ce 13 mai, Santé conjugué a rencontré des représentants d'associations d'usagers des soins de santé : Marie-Josée Body de Entraide Santé Plurielle (Saint-Gilles), Marie-Jeanne Peters de Solidarité santé (Forest) et Bernadette Desmet, participante à la Commission sécurité sociale des pensionnés et pré-pensionnés de la Confédération des syndicats chrétiens et patiente de la maison médicale La Glaise. Nous avons parlé des problèmes liés à l'accès aux soins et à la couverture sociale...**

- **Santé conjugué :**  
*Dans vos contacts avec le monde des soins, quelles sont les situations qui posent le plus souvent problème ?*

### **Solidarité Santé :**

La situation d'un grand nombre de familles est souvent « limite » sur le plan financier. Chaque fois qu'un imprévu arrive, elles risquent de basculer dans l'endettement. C'est nouveau. La pauvreté a toujours existé, mais ce n'est que de nos jours que tant de familles sont dans cette situation « limite ».

### **Entraide Santé Plurielle :**

La couverture des soins se détériore. Les soins les plus lourds à supporter sont les soins dentaires, notamment les prothèses, les lunettes, les cautions hebdomadaires à payer à l'hôpital, les médicaments non ou peu remboursés et les produits de suivi (tigettes urinaires pour diabétiques, seringues, ...) ou de prothèses (stomies, langes, etc.).

### **Solidarité Santé :**

Les gens attendent souvent la dernière minute pour se soigner, non seulement pour les soins « chers » qu'on vient d'énumérer, mais même pour des consultations. Beaucoup n'achètent pas tous les médicaments prescrits parce que c'est trop coûteux. A l'hôpital, il y a le problème des suppléments.

### **Patiente de La Glaise :**

Beaucoup de gens retardent les frais tant que c'est possible. Dans notre groupe, nous aimerions savoir comment connaître les frais à supporter, combien ça va coûter. Nous pensons notamment aux familles qui ont plusieurs enfants malades et doivent faire face à des dépenses de santé importantes. Il n'est pas rare que cela se passe dans des milieux très défavorisés. A la Docherie, la difficulté culturelle est un problème important.

- **Santé conjugué :**  
*L'objectif de votre association est de permettre un accès financier aux soins pour des gens en difficulté ?*

### **Entraide Santé Plurielle :**

La plupart des demandes sont de nature financière ; elles sont souvent référées par l'assistante sociale. Entraide Santé plurielle agit en bout de course quand les autres organisations sont épuisées.

### **Solidarité Santé :**

Les gens qui viennent n'aiment pas consulter des assistants sociaux externes. Ils ne veulent pas montrer qu'ils ne peuvent payer. Notre travail est de prêter de l'argent pour permettre certains soins. C'est aussi d'essayer de rendre de l'autonomie aux gens en leur apportant les renseignements utiles pour se débrouiller, éventuellement en les accompagnant dans certaines démarches. Notre but est que les gens se prennent en charge eux-mêmes.

### **Patiente de La Glaise :**

Chez nous, il n'y a pas d'intérêt financier. Nous nous organisons comme un groupe de pression et d'information. Information sur les prix, les cotisations, la nomenclature. Pressions dans les maisons de repos : en cas de problème, les familles n'aiment pas se manifester ouvertement de peur des conséquences pour la personne âgée. Ce qui nous préoccupe, c'est d'apprendre à savoir utiliser les services... et à ne pas se faire exploiter !

- **Santé conjugué :**  
*Se faire exploiter ?*

### **Patiente de La Glaise :**

C'est difficile de discuter des prix avec les médecins. Nous avons appris que les tarifs



Cette dame est à jeter ?

doivent être affichés, mais c'est exceptionnel de trouver une salle d'attente où ils le sont ! On n'ose pas toujours demander la souche fiscale. Et que faire quand le spécialiste écrit 600 francs et en demande 1.600...

#### **Entraide Santé Plurielle :**

Beaucoup de médicaments ne sont remboursés qu'à condition de passer des examens, des endoscopies ou des prises de sang. Ça paraît excessif à certains moments : je connais des personnes de plus de 85 ans qui doivent recommencer des examens tous les six mois pour des problèmes d'estomac bien connus !

#### **Solidarité Santé :**

Que ce soit à la consultation ou à l'entrée à l'hôpital, c'est difficile de discuter du montant et souvent les informations précises sont difficiles à obtenir. Il faut être très fort pour aborder la question, encore plus pour refuser. C'est plus facile avec son médecin traitant, surtout quand il est sensible à ces problèmes.

#### **Entraide Santé Plurielle :**

Les généralistes sont plus disponibles que les spécialistes pour ces questions, mais pas tous... Il y en a qui n'ont pas la fibre sociale.

#### ● **Santé conjugquée :**

*Les mutuelles se présentent comme les représentants des usagers des soins de santé. Elles sont un des acteurs de l'assurance maladie-invalidité et négocient les conventions et les tarifs avec les médecins. Elles organisent des élections parmi leurs membres. C'est une façon de permettre la participation ?*

#### **Solidarité Santé :**

J'ai effectivement vu les résultats des élections dans le journal de la mutuelle... mais je n'ai jamais vu d'appel de candidats ou de manière de voter !

#### **Entraide Santé Plurielle :**

Moi, je n'ai rien vu de tout ça et pourtant j'épluche le bulletin de la mutuelle. C'est honteux, je vais demander des explications.

#### **Patiente de La Glaise :**

Dans ma mutuelle, il y a eu une véritable campagne, avec candidats et programmes. Les résultats du vote seront connus à la fin du mois. Plusieurs membres du groupe « sécurité sociale »

se sont présentés et on suit ça de près. Ce sont des moments où la mutuelle paraît pouvoir entendre la voix des usagers.

Le syndicat peut aussi jouer ce rôle.

A d'autres moments, on a l'impression que la mutuelle est une assurance comme une autre et qu'elle essaye de vendre comme une obligation des assurances complémentaires qui ne sont pas obligatoires. C'est là que le travail d'information et d'éducation qu'on fait en groupe est utile.

#### **Solidarité Santé :**

Manifestement, toutes les mutuelles n'ont pas joué la carte de la participation de la même façon ; il y en a qui font semblant !

#### ● **Santé conjugquée :**

*Et l'avenir ?*

#### **Entraide Santé Plurielle :**

Il faut maintenir la solidarité entre les riches et les pauvres ; il faut que les bien portants interviennent pour les malades.

#### **Patiente de La Glaise :**

Il faut aussi modifier le rapport de force entre le patient et le médecin !

#### ● **Santé conjugquée :**

*Souhaitez-vous avoir votre mot à dire dans l'organisation des centres de santé ? Comment voyez-vous cela ?*

#### **Patiente de La Glaise :**

Oui, et améliorer la situation car les gens sont parfois paralysés devant le médecin.

#### **Solidarité Santé :**

Etre regroupés et en contact quasi quotidien avec les usagers de la santé, être sollicités par les gens et les difficultés qu'ils rencontrent, tout cela fait qu'on entend un certain nombre de choses qui ne se disent pas toujours aux médecins, ni même parfois à l'assistante sociale. Nous, nous pouvons l'entendre parce qu'on est du même bord. On pourrait renvoyer cela à l'équipe de la maison médicale et peut être discuter de certains aménagements.

#### **Entraide Santé Plurielle :**

Il faudrait que les usagers puissent aussi participer au niveau local. Avoir un débat sur les priorités de santé. ●



## Conclusion

**Jacques Morel,**  
médecin  
généraliste

La sécurité sociale fêtait, il y a peu, ses cinquante ans. Elle avait mis au moins autant de temps à se construire dans la lutte et les revendications. Ce poids de l'histoire sociale est peu banal. Aujourd'hui, elle représente beaucoup, tellement sans doute que pour nombre de pays occidentaux, c'est un peu un Etat dans l'Etat ; c'est en tous cas un enjeu politique et souvent idéologique.

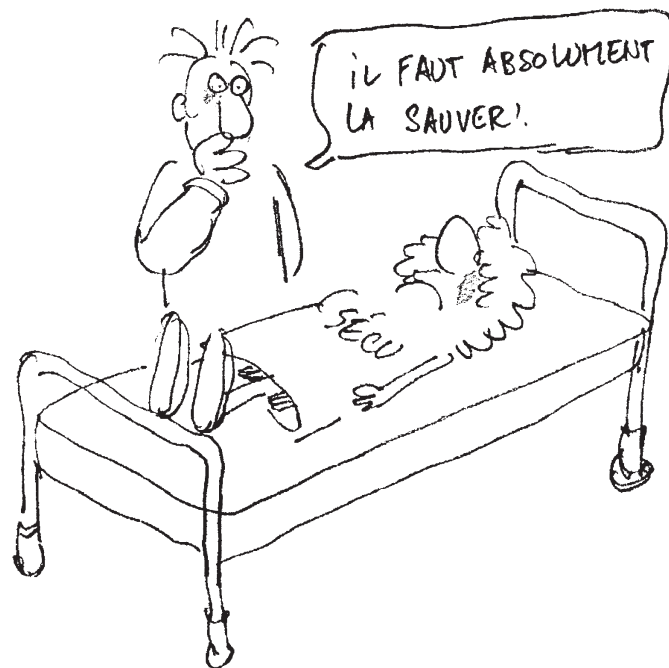
Elle avait pour vocation de redistribuer les ressources sur un mode équitable de manière à ce que ceux qui en ont le plus besoin en bénéficient le plus. Organisant le principe de la solidarité entre

occulter celui des finalités.

Toutes les mesures de sauvegarde ou de retrait de l'assurance sociale ne prennent leur sens que par rapport aux perspectives politiques de solidarité et de justice sociale. En dehors de ce cadre, elles apparaîtront comme technocratiques, assurantielles, économistes ou politiciennes.

La défédéralisation proposée par les Flamands peut se lire de même : entre une désolidarisation vis-à-vis des régions moins favorisées aujourd'hui et un souci d'une gestion de proximité des problèmes et des ressources.

UNE PETITE VIEILLE SAUVAGEMENT AGRESSÉE



bien et mal portants, entre actifs et inactifs, entre jeunes et vieux, la redistribution des ressources entre nantis et moins favorisés permettait d'assurer la vie sociale de façon équitable.

Réformer paraît d'une nécessaire évidence dès lors que les ressources du système risquent d'être structurellement déficientes (si elles s'alimentent des cotisations sur le travail) et que les perspectives démographiques laissent percevoir davantage de besoins.

Chacune des interventions de ce cahier montre combien le choix des moyens ne devrait pas

A travers quelques lignes principielles et donc forcément sommaires, il nous semble que :

- l'équité doit rester la valeur directrice du système de la sécurité sociale et de l'assurance maladie-invalidité. L'enjeu idéologique et politique est bien à ce niveau ; les privatisations ne seront jamais en mesure d'apporter une réponse à ce souci de « chacun selon ses moyens et davantage selon les besoins » ;
- la sécurité sociale doit continuer à articuler solidarité et assurance ;



- les mesures de réformes sont évidemment nécessaires :

**en matière de ressources :**

l'élargissement des contributions du travail à une contribution plus large soit sous forme de cotisation sociale généralisée soit par fiscalisation doit dans tous les cas continuer à faire contribuer chacun selon ses moyens ;

**en ce qui concerne les procédures de « management » et de responsabilisation :**

que les opérateurs de transformations soient stimulés à une gestion plus efficiente de leur activité ne pose pas de question tant que contrats de gestion, responsabilisation ou « found holding » ne se transforment pas en sélection de populations, sélection du risque, et donc renforcement des inégalités sociales. Mais qui est en mesure d'imposer ces garde-fous ?

**pour ce qui est de l'évaluation :**

elle devra porter en terme d'efficience, de rapport qualité/coût. Elle impose dès lors, au delà des normes budgétaires, des objectifs qualitatifs aux politiques sociales et de santé.

Analyses faites, c'est bien là le garde-fou majeur contre les dérives économistes libérales. ●

Globalement, les moyens à mettre en place pour réaliser les réformes ne doivent pas obérer les finalités.

- la communautarisation pourrait apparaître dans ce cadre comme un élément de rapprochement des niveaux de décisions et d'interventions par rapport aux problèmes. Mais par ailleurs, cette démarche est tout à fait susceptible de faire le nid d'une avancée très libérale en matière de désécurisation sociale et de désolidarisation ;
- les enjeux sont la confrontation des logiques économiques et des logiques sociales, mais plus particulièrement sans doute l'asservissement du social ou de la santé comme une marchandise aux lois du marché. Et dans cette logique là, équité, solidarité ou justice sociale n'ont qu'un espace confiné... !

Notre souci mobilisateur initial était de comprendre les difficultés rencontrées par des individus, des familles, des malades et des non malades pour mieux prévenir, pour mieux aider à gérer. Ce souci nous conduit, aux termes de ce cahier, à en appeler aux revendications citoyennes pour la solidarité !

# Bibliographie

---

## Monographies

Aïach P., Roy C., e. a. « Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne : analyse et études comparatives ». La documentation française, 1998.

Bocognano A., Grandfils N., e.a. « Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991 : premiers résultats ». Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, 1992.

Boitte P. « Ethique, justice et santé : Allocations des ressources en soins dans une population vieillissante ». Collection Catalyses, 1995.

Bureau du plan. « Réflexions sur les incidences économiques du financement de la sécurité sociale ». Planning papers, 1989.

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. « Bilan d'une année de contrôle menée par l'assurance maladie ». Paris : CNAMTS, 1993.

Dahlgren G., Withehead M. « Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé ». Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe. Copenhague, 1992.

De Beys X. « Vos droits face à la sécurité sociale ». Edition Vie Ouvrière, 1981.

Dupeyroux J. « Droit de la sécurité sociale ». Paris : Dalloz, 12<sup>ème</sup> édition, 1993.

Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones. « Cahier de propositions en matière de politiques de santé », Décembre 1996.

Ferrand-Nagel S. « De l'accès aux soins au mode de production alternatif : les centres de santé dans le redéploiement de la médecine de ville ». Thèse pour le doctorat de 3<sup>o</sup> cycle en économie des ressources humaines, Université de Paris-1. Septembre 1990.

Granier G. « La sécurité sociale des idées pour demain ». Edition Syros, 1977.

Grenier B. « Evaluation de la décision médicale : introduction à l'analyse médico-économique ». Edition Masson, collection évaluation et statistique, 1996.

Le Roux S. « Les inégalités devant la santé ». Rapport du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale. La documentation française : collections des rapports officiels, 1985.

Ministère de la prévoyance sociale. « Aperçu de la sécurité sociale en Belgique », 1993.

Vanhuynegem P. « Comparaison des systèmes de protection sociale dans le domaine des soins de santé, des retraites et des assurances chômage en Europe » Département d'économie appliquée - Université libre de Bruxelles, 1996.

---

## Revues

Agora, n°12. Dossier : réflexions sur l'Europe de la santé et de la protection sociale. Novembre 1989.

Bulletin de la FEB, n°7-8 : 13-15. « Modernisation de la sécurité sociale ». Juillet-Août 1996.

Démocratie, n°15. « Sécurité sociale (1). Réformer sous l'alibi de la modernité ». Août 1996.

Ethica Clinica n°4. « Le financement : une économie de santé ? ». Décembre 1996.

Etudes de politiques de santé, n°3. « Les systèmes de santé des pays de l'OCDE », 1993.

Forum de l'économie sociale, n°13. Dossier : la sécu... et son coût. 2<sup>ème</sup> trimestre 1995.

Institut Emile Vandervelde. « La sécurité sociale : une exigence de toujours, un combat moderne ». Novembre 1995.

Institut Emile Vandervelde. Note au bureau du parti. « L'accessibilité aux soins de santé ». Juillet 1996.

Institut Emile Vandervelde. Note au bureau du parti. « Le bilan social ». Juillet 1996.

La revue générale n°6-7. « Et si on repensait la sécurité sociale ? ». B Petit, 1993.

La revue nouvelle, n°10. « 1945-1995 : cinquante ans, rebondir ». Octobre 1995.

La revue nouvelle, n°3. « Assurance maladie : la mort d'un système ». Mars 1997.

La revue nouvelle, n°5-6. « Repenser la solidarité ». Mai-juin 1997.

Les dossiers de l'IRES, n°2. « Protection sociale dans le monde ». Décembre 1984.

Que sais-je ?, n°4. « L'égalité ». Sfez L. Presses universitaires de France, 1989.

Revue internationale de sécurité sociale, vol 50 - 3/97.



Cette dame est à jeter ?

Revue internationale de sécurité sociale, vol 49 - 2/96.

Socialistes progressistes belges. Dossier : 60 arguments contre une déférialisation des soins de santé et des allocations familiales. Ryckaert L. 1<sup>er</sup> trimestre 1998.

Tendances en sécurité sociale, n°3, 1997.

Trends-Tendance, n°33 : 28. « Sécurité sociale : un fossé de 20 milliards ». Août 1996.

---

## Articles de périodiques

Aïach P., Cèbe D. « Les inégalités sociales de santé » *in* La Recherche n°261 vol 25, 1994.

Brandeleer M., Coenjarts T. « Sécurité sociale. Qui paie quoi ? » *in* Trends-Tendance, n°36 :16-21. Septembre 1996.

Brouwers P. « L'accessibilité financière des soins de santé » *in* Revue Belge de la Sécurité Sociale, n°3 : 523-567. Septembre 1996.

Deleecq H. « Sécurité sociale et pauvreté » *in* Revue Belge de la Sécurité Sociale, n°3 : 439-489, Septembre 1996.

Feltesse P., Reman P., Peemans H., e.a. « Sécurité sociale (II). Le positionnement des acteurs face à la modernisation » *in* Démocratie, n°16 : 1-8, Août 1996.

Gilain B. « L'allocation universelle à 8.000 francs : entre nécessité et utopie » *in* Bulletin de l'IRES, n°189 : 1-28. Août 1996.

Johanet G. « Santé et contrainte économique : vrai ou faux problème » *in* CFDT Aujourd'hui, n°121 : 64-75. Novembre-Décembre 1996.

Launois R. « Réforme du système de santé : serpent de mer ou choix raisonné ? » *in* Revue d'économie médicale, tome X, n°1-2. Mars 1992.

Maron A. « La sécu, au bord du gouffre.. idéologique ! » *in* C4, n°39 : 4, Octobre 1996.

Moreau Yannick. « Dépenses de santé : un regard international » *in* Droit social, n°2. Février 1992.

Mosse P. « La demande de santé évolue » *in* Santé, valeur en hausse. Projet n°230, 1992.

Palsterman P. « Communautarisation de la sécurité sociale. Pour un front du refus des sophismes » *in* La revue nouvelle, n°11 : 21-37. Novembre 1996.

Papiernik E. « La dimension éthique a-t-elle le droit de se mélanger avec la dimension de l'économie ? » *in* En Marche, vol 2, 1993.

Peemans-Poullet H. « La sécurité sociale et le néolibéralisme » *in* Cahiers Marxistes, n°203 : 87-102. Septembre 1996.

Pestiau P., Spinnewijn F. « La sécurité sociale et pauvreté : débat entre deux économistes » *in* Revue Belge de Sécurité Sociale, n°3 : 419-437. Septembre 1996.

Seve L. « Le financement de la santé » *in* Revue d'économie financière, n°34. Edition Le Monde, 1995.

Van Keirsbilck F. « Sept vérités fausses sur le sécu » *in* Le Droit de l'employé, n°8 : 8-9. Octobre 1996.

Van Keirsbilck F. « Sept vérités fausses sur le sécu (suite) » *in* Le Droit de l'employé, n°9 : 8-9. Novembre 1996.

Van Parijs P. Gilain B. « L'allocation universelle : un scénario de court terme et son impact distributif » *in* Revue Belge de la Sécurité Sociale, n°1 :5-82. Mars 1996.

## ERRATUM

A la page 77 de Santé conjugulée 4, le tableau 1 reprenait treize critères , trois critères ont malheureusement disparu. Il s'agissait de systématisation, travail en équipe (interdisciplinarité) et la satisfaction. Le tableau complet est disponible à la Fédération sur simple demande.