

**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

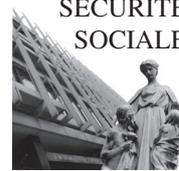
- La nécessité du virage ambulatoire *Pierre Drielsma*
- Sécurité sociale et soins à domicile *Agnès Schiffino et Gérard Lemaire*
- La protection sociale dans le domaine des soins de santé :  
une comparaison européenne *Axel Hoffman*

### 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 risquent 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>.

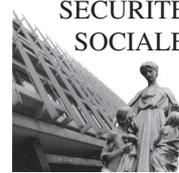
Plus radicalement, il y a les tenants d'un libéralisme pur et dur. Les partisans de la **privatisation** s'expriment de façon plus ou moins radicale : « qui souhaite garder la sécurité sociale s'assure auprès d'une société de son choix ». Les sans-professions et sans-revenus pourraient faire appel à 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**

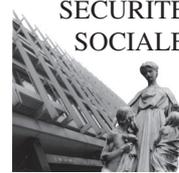
Dans tous les pays du monde, les ressources affectées à la sécurité sociale apparaissent insuffisantes par rapport aux besoins. L'écart entre ressources et besoins est d'autant plus élevé que le pays est peu développé. La sécurité sociale ne doit pas pour autant être envisagée comme un luxe superflu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

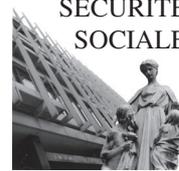
d'emblée que la reconnaissance de la compétence des communautés en matière de régimes de compensation des frais s'inscrit pleinement dans le respect de la répartition constitutionnelle actuelle de compétence laquelle attribue déjà de manière générale les matières personnalisables aux communautés.

## 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



Cette dame est à jeter ?

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

## Pour une fédéralisation partielle de la sécurité sociale

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.

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.

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.

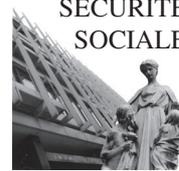
#### 4. Les arguments

##### ● 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).

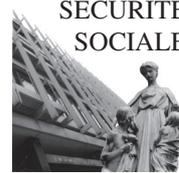
Le système actuel de conventionnement pourrait être maintenu : en Belgique, les dispensateurs de soins sont alors censés être affiliés aux conventions des différentes communautés et appliquent la convention qui correspond au régime dont relève

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 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