



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 efficacité (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 1983¹ et les Centres d'aide et soins à domicile (ASD) dès 1995² 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...³

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 douze¹.

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 places³.

Analyse du niveau de protection sociale dans les systèmes de santé

Sur base des données relevées ci-avant, les chercheurs du DULBEA² 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 conjugulée :**

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 conjugulée :**

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 conjugulée :**

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.

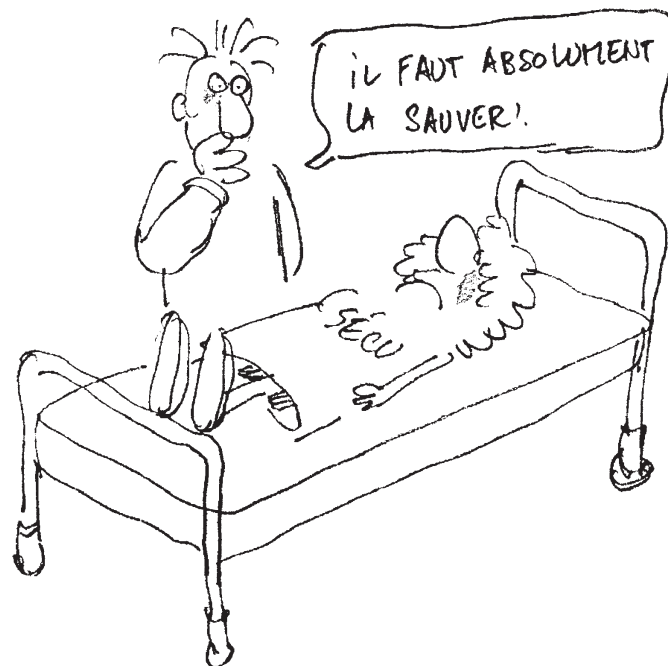
Elle avait pour vocation de redistribuer les ressources sur un mode équitable de manière à ce que ceux qui en ont le plus besoin en bénéficient le plus. Organisant le principe de la solidarité entre

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 ;



Cette dame est à jeter ?

- 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 ». Édition Vie Ouvrière, 1981.

Dupeyroux J. « Droit de la sécurité sociale ». Paris : Dalloz, 12^{ème} 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^o 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.

Vanhuyne 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^{ème} 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^{er} 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.