

Défédéraliser la sécurité sociale ?

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

PAR PAUL PALSTERMAN

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

parlementaires fédéraux, dirigeants d'organisations sociales) freinaient.

Par la porte ou par la fenêtre, le thème sera donc à l'agenda de la formation du gouvernement fédéral qui sortira des élections de juin 2003. C'est d'autant plus certain que le thème de la défédéralisation de la sécurité sociale ne se réduit pas à de grands rounds institutionnels comme ceux qui ont marqué les années quatre-vingt et nonante. Même en l'absence de révision de la Constitution et des lois spéciales, le paysage institutionnel belge n'est

pas statique. L'exemple le plus visible de modification du paysage institutionnel sans négociation de Communauté à Communauté est l'assurance autonomie flamande, créée unilatéralement en 2002. Il y en a d'autres, peut-être plus significatifs (même si moins visibles et moins emblématiques). Il est intéressant de constater qu'ils ne vont pas tous dans le même sens.

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

CE QUE DIT LA CONSTITUTION

Une simple lecture de la Constitution et des lois spéciales permet de prédire à coup sûr que les institutions belges évolueront encore. Le statut de Bruxelles, par exemple, reste au cœur de beaucoup de

débats, et il en est de même, par ricochet, pour les notions de Communauté française et de Communauté flamande. Et la Communauté germanophone fait de plus en plus usage de la possibilité de reprendre à son compte des compétences régionales wallonnes. De façon discrète, mais constante, elle s'impose de plus en plus comme quatrième Région.

En ce qui concerne plus spécifiquement la protection sociale, la compétence fédérale en matière de sécurité sociale est affirmée comme exception à la compétence des Régions en matière économique, au même titre que le droit du travail et la politique monétaire. On retrouve par ailleurs la compétence fédérale en matière « d'assurance maladie-invalidité » à titre d'exception à la compétence des Communautés en matière de « politique de la santé ».

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

En matière de « politique du troisième âge », la seule exception explicitement affirmée à la compétence des Communautés est la compétence fédérale en matière de garantie de revenu aux personnes âgées (« grapa »)¹. Dans le cadre de ses compétences en matière de droit du travail, de sécurité sociale et de fiscalité, l'État fédéral s'occupe de pen-

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

sions, de prépensions et d'encouragement à la constitution de régimes de retraite complémentaire. Mais ces actions ne sont pas affirmées en tant qu'exception à la compétence générale des Communautés. La loi spéciale mentionne la compétence fédérale en matière d'allocations pour handicapés, mais ne laisse pas prévoir que, parmi ces allocations, figure une allocation d'aide aux personnes âgées qui est en quelque sorte une allocation de dépendance, et concerne non seulement la politique des handicapés, mais aussi celle des personnes âgées.

On peut tirer de tout ceci certains enseignements utiles.

COMMUNAUTARISER OU RÉGIONALISER?

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

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

Par ailleurs, si la sécurité sociale est rattachée aux matières personnalisables, il s'en déduirait que la

Communauté germanophone devrait instituer sa propre sécurité sociale. Ce n'est pas techniquement impossible, mais ce serait probablement une aberration, ne serait-ce qu'en termes de mobilité « interfrontalière ».

Et surtout, la communautarisation de la sécurité sociale requerrait soit une modification fondamentale des compétences des Communautés à Bruxelles, soit une modification non moins fondamentale de la logique de fonctionnement de la sécurité sociale. En effet, dans l'état actuel des choses, les Communautés française et flamande ne sont compétentes à Bruxelles qu'en ce qui concerne des institutions « mono-communautaires »: elles ne sont compétentes ni en ce qui concerne les personnes (il n'y a pas de sous-nationalité) ni en ce qui concerne les institutions « bicommunautaires » (notamment les institutions sociales publiques — C.P.A.S., etc.).

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

J'avoue avoir même cru un temps que cet obstacle, et d'autres, inciterait l'actuelle majorité du parlement flamand à reporter *sine die* l'exécution du décret voté sous la précé-

dente législature². Apparemment, le symbole « flamand » a été plus puissant que la logique. Nous retrouverons à de nombreuses reprises cette constatation.

UNE CONCURRENCE INÉVITABLE

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

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

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

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

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

BELGIQUE

prévention de la toxicomanie, du tabagisme ou de l'alcoolisme, etc.

La « politique de l'emploi » est encore plus protéiforme, puisqu'elle peut recouvrir des aides directes aux entreprises ou aux demandeurs d'emploi, la création de programmes publics d'occupation de chômeurs, mais aussi la réglementation du marché de l'emploi, le droit du travail, la sécurité sociale (spécialement son financement et l'assurance chômage), la fiscalité, voire la politique macroéconomique générale, la politique de formation et d'enseignement, etc. La même observation peut être faite en ce qui concerne la « politique familiale », la « politique des personnes âgées », etc.

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

Il est donc dépourvu de sens de plaider pour des « blocs homogènes de compétences » par rapport à des objectifs comme l'emploi, la santé, le soutien aux familles ou aux personnes âgées. Ou, plus exactement, ce n'est possible que dans un cadre centralisé — soit l'État belge unitaire, soit des Communautés ou des Régions ayant acquis le statut d'États indépendants. Dans un cadre fédéral, il faut que le droit précise, dans un domaine donné, qui s'occupe de quel outil, de quel moyen d'action, de quel canal d'intervention.

Soit que la loi constitutionnelle énumère elle-même les compétences par référence à des législations ou des institutions existantes — au risque de figer ce qui existe et de méconnaître des évolutions nécessaires. Soit qu'elle pose des principes juridiques à la lumière desquels les compétences sont réparties.

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

À moyen terme, il est probable que, par la technique des accords de

coopération et la jurisprudence de la Cour d'arbitrage, on pourra « se débrouiller » pour résoudre les problèmes. Mais, à plus long terme, des questions inédites ne manqueront pas de se poser, nécessitant soit une adaptation soit une clarification du système. En ce sens, on doit effectivement parler du caractère « évolutif » du système fédéral belge.

MODIFIER LE PAYSAGE SANS CHANGER LA CONSTITUTION

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

D'une part, aucun parti, aucune force politique ne plaide pour la suppression complète de la sécurité sociale ou d'une branche entière de la sécurité sociale. Une opération aussi radicale placerait d'ailleurs la Belgique en infraction par rapport à plusieurs engagements internationaux. Et, surtout, il est impossible de transférer une compétence aussi « lourde » financièrement sans modifier le financement des Communautés et/ou des Régions; et ce

financement est établi par des lois spéciales. Il arrivera peut-être un jour que l'État fédéral belge soit réduit à une coquille vide. En fonction des masses financières actuellement en jeu, on en est loin. Les entités fédérées dépensent ensemble environ 31 milliards d'euros, dont 4,6 milliards concernent des dispositifs plus ou moins corrélés à la protection sociale. Le budget de l'État fédéral est d'environ 46 milliards, dont 17 milliards sont consacrés à la « cellule sociale³ ». Mais la sécurité sociale fait l'objet d'un compte séparé. Le total de la protection sociale fédérale, sécurité sociale comprise, s'élève à environ 55,7 milliards, dont 43 milliards pour la sécurité sociale des travailleurs salariés.

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

En Belgique, la réponse est oui: l'Inami dépense près de 2 milliards d'euros en soins infirmiers à domicile ou en prestations dans les maisons de repos pour personnes âgées ou en M.R.S., qui concernent essentiellement des soins de ce type. Le budget 2003 de l'Inami prévoit encore une croissance de 14 % de ces secteurs, après plusieurs années de croissance à deux chiffres. Sans y paraître, l'Inami a investi dans ce qui constitue au moins un aspect de « l'assurance autonomie », bien plus

³ Pensions de fonctionnaires, allocations pour handicapés, intervention de l'État dans la sécurité sociale, dans le financement des hôpitaux et des C.P.A.S., etc.

que la nouvelle assurance flamande. Mais cette réponse n'est nullement dictée par une définition juridique qui s'impose au législateur de sécurité sociale, ni par la logique propre d'une assurance maladie. En Allemagne et en Autriche, l'assurance maladie s'en tient à la couverture des soins médicaux. C'est d'ailleurs ce qui a nécessité la création, dans ces pays, d'une assurance autonomie (ou assurance de soins) spécifique. Si le législateur fédéral décidait de supprimer ces rubriques (il suffirait d'une modification de la loi organique de l'assurance maladie), ce type de prestations relèverait sans doute des Communautés. Il n'est même pas nécessaire de modifier la réglementation: il suffit de ne pas l'adapter à l'évolution des besoins. La création de l'assurance soins flamande répond au fait que les interventions de l'assurance maladie sont trop limitées dans ce domaine (pas de prise en charge des frais de séjour, etc.).

Autre exemple, l'assurance chômage belge est la seule au monde à couvrir le chômage des jeunes à la recherche de leur premier emploi et le chômage de longue durée. Partout ailleurs, ces risques sont couverts par l'assistance — lorsqu'ils sont couverts. Si le législateur belge décidait de supprimer les allocations d'attente, ou de remplacer le fameux article 80 de la réglementation⁴ par une limitation linéaire des droits dans le temps, ou d'exclure systématiquement les chômeurs indisponibles sur le marché de l'emploi, les travailleurs concernés relè-

veraient essentiellement des C.P.A.S. Les C.P.A.S. sont financés en partie par l'État fédéral, en partie par les communes (et donc indirectement par les Régions, par le biais du Fonds des communes). Cette mesure peut se réaliser par simple arrêté royal. La troisième pourrait même s'accomplir en appliquant simplement la réglementation en vigueur. Il va sans dire qu'aucun principe juridique, de droit belge ou de droit international, n'impose de prendre en charge le chômage des jeunes ou le chômage de longue durée dans le cadre de la sécurité sociale au sens strict. Au contraire, la Belgique est à peu près seule dans sa position, et elle a parfois du mal à défendre ses choix de politique sociale face à la « pensée unique » diffusée par certaines instances internationales, ou même devant la Cour de justice des Communautés européennes.

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

SOINS DE SANTÉ: UNE POLITIQUE DE SANTÉ COMMUNE?

Les institutions flamandes (parlement et gouvernement), et la majorité des partis politiques flamands, demandent la communautarisation

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

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

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

LES DONNÉES SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

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

L'apport essentiel de cette démarche a été de considérablement améliorer la collecte et le traitement des données statistiques sur les dépenses de santé. Tenant compte de ce que le système sous la tutelle de l'Inami couvre l'ensemble de la population belge (à l'exception des marins de la

marine marchande et des fonctionnaires internationaux...), on peut dire que la Belgique possède sans doute un des systèmes statistiques les plus performants au monde sur les dépenses publiques de santé. À partir de là, les différents rapports n'ont fait que confirmer et mettre en chiffres plus ou moins précis ce que tout le monde ressentait confusément.

DES DIFFÉRENCES JUSTIFIÉES...

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

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

L'application uniforme ainsi entendue ne suffit cependant pas à lever le débat. L'analyse des dépenses révèle de fortes disparités entre les arrondissements du pays. L'agrégation régionale des différents arrondissements aboutit à une légère surconsommation wallonne par rapport à

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

la moyenne belge (de l'ordre de 105 %), une surconsommation beaucoup plus importante de Bruxelles (de l'ordre de 125 %), et une « sous-consommation » flamande corrélative.

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

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

servation de corrélations statistiques, ne vide pas le débat.

... JUSQU'À UN CERTAIN POINT

Par exemple, il est bien connu que le chômage occasionne des besoins de santé spécifiques, plus importants que ceux d'un travailleur disposant de revenus réguliers et raisonnablement épanoui dans son travail. La question est de savoir si les écarts de dépenses observés dans l'assurance maladie sont liés à cette donnée de santé publique. Il faut bien constater qu'il n'en est probablement rien. On peut sans doute s'attendre à ce qu'un chômeur recoure davantage à des traitements antidépresseurs, ou soit davantage concerné par des maladies liées à la pauvreté (insalubrité du logement, mauvaise nourriture) ou par les effets sur la santé des « moyens d'évasion » auxquels on recourt quand on est dans la misère (alcool, drogue...). On voit moins pourquoi il recourt aussi davantage à des analyses de laboratoire ou à des prestations de radiologie. Ou plutôt, on sait pourquoi : non pas en raison de pathologies spécifiques, mais en raison du fait que, pour une personne à faibles revenus, la médecine « de seconde ligne » prestée dans les hôpitaux et les polycliniques est paradoxalement moins chère que la médecine « de première ligne » souvent prestée par un prestataire indépendant dans un contexte « bourgeois » (cabinet privé), sans tiers payant, avec souvent des dépassements de tarifs. En réalité, tout indique que la « surconsommation » des chômeurs (ou d'autres catégories sociales corrélées à une situation de pauvreté) ne répond que très partiellement à leur besoin de santé,

et bien davantage à des phénomènes liés à l'offre de soins. Par rapport à leurs besoins spécifiques de santé, tout indique que les chômeurs (et les pauvres en général) sous-consomment parfois tragiquement.

Des constatations du même genre peuvent être faites en rapport avec les autres facteurs explicatifs retenus dans le modèle, y compris le facteur apparemment objectif de l'âge. Il est bien connu que le risque de santé augmente avec l'âge. En réalité, 80 % des dépenses de l'assurance maladie concernent des personnes dans les derniers mois de leur vie. Mais l'augmentation des dépenses de santé des personnes âgées n'est pas uniquement liée aux maladies spécifiques développées par ces personnes. Ainsi, les dépenses des bénéficiaires de l'intervention majorée (« Vipo 100 ») sont de 60 % supérieures à celles des bénéficiaires de la même classe d'âge et du même statut social, qui paient le ticket modérateur normal (« Vipo 75 »)⁶? Comment interpréter cette différence? À priori, il est tout de même bizarre que des personnes à faibles revenus consomment considérablement plus que des personnes à revenus élevés ou moyens. Dans une certaine mesure, il peut y avoir corrélation entre pauvreté et besoin de soins. Mais dans une telle proportion? Deux interprétations s'affrontent: les uns diront que le « statut Vipo » déresponsabilise l'assuré; les autres diront que le ticket modérateur empêche des assurés à revenus moyens de se soigner convenablement. Il y a probablement de la véri-

té dans les deux approches. Mais en tout cas, le « statut Vipo » n'est certainement pas la seule façon, ni probablement la meilleure, d'assurer l'accès aux soins des personnes à faibles revenus. L'influence de ce statut n'est donc pas non plus une donnée incontournable des dépenses de santé.

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

INTERROGER LES PRATIQUES MÉDICALES

Toutes les études ponctuelles qui ont été menées confirment l'existence d'énormes différences dans les pratiques de soins, y compris par rapport à des pathologies très courantes qui font l'objet de consensus dans la littérature médicale (par exemple, l'ablation de l'appendice). Ces différences entre hôpitaux ne sont plus de 1 à 1,05 ou 1,26, mais de 1 à 4, voire davantage! Et ces différences ne sont en rien corrélées à une qualité des soins. Au contraire, les pratiques « surconsommatrices » représentent souvent un risque accru de traitement inadéquat, par exemple des opérations inutiles, qui représentent un risque de complications ou d'infections virales.

Mais pour réellement corriger cet état des choses, il faut prendre le mal à la racine, c'est-à-dire interro-

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

ger les pratiques médicales. Il faut mettre en cause des caractéristiques fondamentales du système belge, auquel les médecins, mais aussi les patients, sont très attachés: la liberté thérapeutique du médecin et la liberté de choix du patient.

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

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

gros: la médecine technique coûte plus cher que la médecine dite « intellectuelle », sans que le surcout soit nécessairement en rapport avec le gain d'efficacité.

LA « MORTALITÉ ÉVITABLE »

La réglementation s'est également dégagée des références à la faute de l'assuré. En dehors de la faute intentionnelle (automutilation...), statistiquement dépourvue de signification, l'assurance rembourse les frais sans discuter des causes de la maladie. Les assurés sont principalement responsabilisés par le biais des « tickets modérateurs », qui ne tiennent guère compte de l'origine de la maladie. Le caractère « responsabilisant » des tickets modérateurs est d'ailleurs controversé, ne serait-ce que parce qu'ils sont réassurables, y compris dans le cadre de régimes collectifs ou d'assurances de groupe, et parce qu'ils frappent de façon égale quel que soit le montant des revenus. Cette caractéristique de l'assurance maladie est parfois mise en question, explicitement ou implicitement, en rapport avec la morbidité dite « évitable », qui résulte de la négligence ou de la faute de l'intéressé, ou qui pourrait être évitée par des mesures de prévention, de la part de l'intéressé ou des pouvoirs publics (toxicomanie, alcoolisme, accidents de la route, nourriture inadéquate, cancers non dépistés, absence de sport, etc.).

Aucune étude flamande, ni même aucune imprécation du Vlaams Blok, n'est de nature à autant nourrir les préjugés à la limite du racisme que les cartes de la « mortalité évitable » établies par le ministère fédéral de la Santé publique. Il s'agit

de cartes de la Belgique où chaque cas de décès jugé évitable est marqué par un point noir dans la commune où il est survenu. On a ainsi établi des cartes de mortalité à la suite d'un accident de la route, de la cirrhose du foie, d'overdoses de drogues, où le sillon industriel wallon et les communes pauvres de Bruxelles forment chaque fois des taches noires face à une Flandre à peine maculée. Ce n'est que pour les cancers d'origine gynécologique que la tendance est inversée: les Flamandes, plus pudiques, hésiteraient-elles davantage à recourir aux examens préventifs?

Ces controverses ne sont pas à priori communautaires. Les médecins flamands ne sont pas les moins virulents pour s'opposer à la réglementation de la liberté thérapeutique. Les critiques de l'« État providence » au nom du « hasard moral » ne viennent pas en première ligne des milieux flamands. Pendant un certain temps, certains ont cependant propagé la suspicion qu'il existait une corrélation entre l'appartenance communautaire et les comportements non économiques des médecins ou le « hasard moral » dans le chef des assurés. Mais corrélation ne veut pas dire lien causal, et il est très risqué de mettre en avant des arguments de ce type si l'on ne veut pas ouvrir la voie à des mises en question dangereuses, y compris en Flandre.

En reste finalement un argument, ou plutôt une hypothèse, selon laquelle la frontière linguistique belge serait, entre autres nombreuses choses, le point de démarcation entre les pratiques « latines » et « anglo-saxonnes » de la médecine. Autrement dit, les universités francophones enseigneraient « une

autre médecine » que les universités flamandes. Si cette hypothèse se vérifie, et si la médecine « francophone » est effectivement plus chère (parce que plus technique, plus médicamenteuse, plus institutionnelle...), il s'agirait indiscutablement d'une source de tensions. Des différences non objectivement justifiées par des pathologies sont en effet peu compatibles avec un système unitaire. La question serait alors de savoir où situer les priorités: dans le maintien d'une solidarité fédérale, ou dans le maintien de la liberté thérapeutique. Cette question a une forte connotation émotionnelle, aussi bien pour les patients que pour les médecins. Il suffit de voir le malaise exprimé actuellement par le corps médical — principalement les médecins généralistes francophones, face à des mesures destinées à réduire les écarts de pratiques, dont tous ceux qui suivent le dossier, y compris les syndicats reconnus, admettent que, loin de remettre en cause les principes en vigueur, elles représentent une amélioration sensible des droits de la défense.

L'ASSURANCE CHÔMAGE

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

Une controverse assez vaine a été menée, dans les années nonante, sur la répartition régionale du chô-

BELGIQUE

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

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

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

chômage associé à l'exclusion sociale.

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

L'assurance chômage belge présente la particularité de servir des allocations ordinaires d'un niveau particulièrement médiocre, que la référence soit les salaires nets, la comparaison avec les pays voisins (Royaume-Uni excepté) ou même les indicateurs de pauvreté. De plus, elle investit de façon très modique dans ce que l'on appelle aujourd'hui la « politique active », laquelle, contrairement à ce que l'on entend dire dans certains milieux, ne se réduit pas à apprendre à rédiger des CV à l'adresse d'employeurs qui n'embauchent pas, ou à proposer des formations sans se préoccuper de leur finalité. La « générosité » de l'assurance chômage belge consiste surtout à servir des allocations sans limite de durée, sans enquête sur les ressources et sans contrôle très systématique sur la disponibilité pour le marché de l'emploi, et à placer les jeunes en attente de leur premier emploi dans le régime général.

Cette politique arrange clairement, sinon la Flandre, en tout cas les représentations qui y sont dominantes. À savoir qu'à l'exception de quelques « cas sociaux », le chômage structurel masculin est pratiquement inexistant « à l'état pur ». Lorsqu'il existe, il est pris en charge par des dispositifs spécifiques comme la prépension ou le régime des chômeurs âgés. Le chômage flamand est majoritairement un chômage de femmes cohabitantes, dont

la représentation dominante veut qu'elles se satisfont assez bien d'une allocation apparentée à une indemnité de femme au foyer.

La Wallonie et plus encore Bruxelles sont au contraire confrontées de plein fouet au chômage associé à la misère et à l'exclusion — ou sont moins obnubilées par leur image de marque pour reconnaître un fait qui touche aussi la Flandre. Une prise en compte des besoins wallons et bruxellois ne devrait-elle pas conduire à relever substantiellement certaines allocations (notamment en première période de chômage) et à transférer massivement de l'argent vers la politique dite « active » ?

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

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

ce que le chômage soit involontaire. Tel n'est pas le cas dans le cadre du système belge, où la couverture par l'assurance est en principe illimitée.

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

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

BELGIQUE

l'Onem est (re)devenu un interlocuteur du chômeur en matière de placement — peut-être l'interlocuteur principal, en ce qui concerne les chômeurs de longue durée.

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

CONCLUSION

Réduit à un format acceptable pour une revue généraliste, cet article ne pouvait prétendre être complet. Il

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

Paul Palsterman