



L'EVOLUTION DE LA GESTION PARITAIRE DE LA SECURITE SOCIALE EN BELGIQUE

Contribution aux Journées Juridiques Jean Dabin des 15-16-17 décembre 2005

La présente contribution retrace et analyse l'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique depuis l'option pour un modèle bismarckien en 1944 jusqu'à aujourd'hui. Elle livre des arguments des débats qui ont eu lieu et des hypothèses explicatives. Une large autonomie de gestion a été reconnue aux organismes de sécurité sociale. Mais dans les années 80, le Gouvernement ne s'est plus contenté de contrôler, prenant des décisions relatives à la gestion financière. Ainsi, malgré une évidente continuité du modèle, l'évolution des vingt dernières années se caractérise par une intervention croissante de l'Etat qui aboutit à des réformes de structures qui ont consacré une forme de tripartisme de la gestion globale et de quadripartisme en assurance maladie. En parallèle, la prédominance du financement par les cotisations sociales s'est amoindrie suite aux réductions successives des cotisations patronales. Ces tendances se sont poursuivies au début des années 2000.

LA GESTION PARITAIRE AU CŒUR DU MODÈLE

Les analyses comparatives des différents systèmes de sécurité sociale retiennent comme un des critères principaux de différenciation, la nature du mode de décision. Le mode de décision contractuel est caractéristique d'un système d'assurances sociales appelé bismarckien tandis qu'un mode de décision étatique renvoie à d'autres modèles dont le plus connu est le modèle beveridgien. On constate dans ces analyses comparatives des corrélations évidentes entre le mode de décision et d'autres variables. Ainsi, quand il y a concertation sociale, on a affaire à un

système dont le financement est principalement basé sur des cotisations sociales prélevées sur les salaires. Dans ce cas, le principe d'assurance s'articule au principe de solidarité dans un objectif de maintenir le revenu des travailleurs. Dans les modèles où la structure de décision et de gestion revient à l'Etat, le financement se base principalement sur l'impôt et la solidarité « du citoyen » n'implique pas de critère d'assurabilité, l'objectif étant de d'assurer un revenu de base à tous.

Dans la plupart des pays européens, la préférence en faveur d'un modèle s'est exprimée à la sortie de la seconde guerre mondiale quand les bases des systèmes ont été mises en place. Celles-ci ont été établies non seulement en fonction d'une conception du progrès qui s'est dessinée dans le

cadre de la fin de la guerre mais aussi en fonction des pratiques du passé. C'est ce que les néo-institutionnalistes appellent la « path dependency », la dépendance par rapport au chemin emprunté jusqu'alors (Esping-Andersen, 1999 ; Palier, 2002 ; Merrien, 1997 ; Reman, 1992).

Le pacte social fondateur du système belge de sécurité sociale¹ exprime cette double influence, celle d'un passé où se sont manifestés questions, tensions, compromis et solutions et d'un avenir que l'on voulait penser dans les catégories du progrès. En effet, dans l'entre-deux guerres, la Belgique s'était déjà dotée d'une série d'assurances sociales obligatoires financées par cotisations et gérées par les interlocuteurs sociaux et d'assurances libres subventionnées dans le domaine de la santé et du chômage mais en 1944, on a assisté à la mise sur pied pour les salariés d'un système complet de sécurité sociale intégrant l'assurance maladie invalidité et l'assurance chômage².

Bien entendu la préférence belge pour le modèle bismarckien ne s'est pas manifestée sans heurts. En effet, si les négociateurs du pacte social ont fait un travail d'élaboration « authentiquement belge et n'ayant rien de commun avec le système britannique » (Fuss³, 1958, p.3), d'autres, comme la Commission belge pour l'étude des problèmes de l'après guerre (CEPAG) instituée par le gouvernement belge à Londres en mars 1941, considéraient que le modèle beveridgien pouvait servir de référence à la Belgique.

Pourquoi finalement celle-ci a-t-elle opté pour le maintien et le développement du modèle bismarckien malgré l'attrait du modèle beveridgien auprès de personnalités sociales et politiques influentes⁴ ?

On pourrait évoquer le pragmatisme qui souvent inspire les règles de conduite que la Belgique se donne. On pourrait aussi y voir la marque du phénomène d'apprentissage social (social learning) selon lequel « les interventions socio-politiques antérieures ont un effet de contrainte sur les politiques ultérieures, aussi bien au niveau de leur contenu que du mode "administratif" de gestion des problèmes sociaux » (Merrien, 1997, p.68). Dans ce sens, la présence en Prusse, bien avant Bismarck de nombreuses caisses de secours par profession, a influencé la préférence

allemande en faveur de la logique d'assurance tandis que dans l'Angleterre élisabéthaine et les trois siècles qui l'ont suivi, les Poors Laws situant les droits sociaux dans un face à face entre le citoyen et la collectivité ont influencé une conception du social n'intégrant pas de corps intermédiaires. Sans doute également, peut-on évoquer, dans le cas des modèles bismarckien, l'influence réformiste du catholicisme et du protestantisme social préconisant l'insertion des syndicats et du patronat dans l'organisation professionnelle de la société. (Piettre, 1969)

Pour affiner l'analyse, on pourrait à la suite de Balwin et Deleeck avancer l'hypothèse qu'avec le modèle beveridgien prévaut une conception de la solidarité qui privilégie une redistribution verticale mais d'ampleur limitée dans un objectif de lutte contre la pauvreté. Selon ces auteurs, cela rencontrerait les souhaits des classes favorisées qui dans ce contexte se perçoivent essentiellement comme des contributeurs nets. Par contre les pays où le modèle bismarckien s'est déployé, les syndicats de travailleurs sont parvenus à faire prévaloir une conception plus large de la solidarité qui englobe non seulement les franges inférieures mais l'ensemble du salariat. La redistribution est non seulement verticale mais horizontale, ce qui la rend plus opaque mais aussi plus légitime aux yeux des différentes catégories du salariat qui malgré leurs différences cautionnent des politiques différenciées selon que l'on soit dans une logique d'assistance ou d'assurance. A posteriori, on peut constater que ce deuxième modèle sert mieux la solidarité que le système théoriquement plus radical de Beveridge (Deleeck, 2001, p.439).

La question du paritarisme n'a pas été épuisée lorsque le choix de poursuivre et d'approfondir le modèle assurantiel a été effectif. En effet, la question s'est posée de savoir si le paritarisme devait s'appliquer non seulement au mode de décision mais aussi aux modalités de délivrance des prestations. En d'autres termes, fallait-il à l'instar des comités de gestion des organismes de la sécurité sociale instituer la gestion paritaire dans les organismes « payeurs », en l'occurrence les mutualités, les caisses syndicales de chômage et les caisses d'allocations familiales ? Dans premières années d'après guerre cette question fut l'objet de controverses entre les interlocuteurs

sociaux. Dans le cadre de la Conférence nationale du Travail de juin 1947, les organisations syndicales revendiquèrent une présence dans les caisses d'allocations familiales, ce à quoi les organisations patronales rétorquèrent que le même principe devrait s'appliquer alors aux mutualités et aux caisses syndicales de chômage. Finalement, la décision collective pencha en faveur du maintien des spécificités des caisses plutôt qu'à l'élargissement du paritarisme aux organismes payeurs. Sans doute, l'extension du paritarisme aurait mis à mal une autre spécificité du système belge : son pluralisme en vigueur dans les mutualités et les caisses syndicales de chômage. Dans ce domaine aussi, des arguments furent avancés par un courant unitariste qui constata cependant rapidement que la « pratique lui oppose une barrière absolument infranchissable. Car la thèse du pluralisme en matière de chômage et d'assurance maladie en tout cas, découle d'une conception philosophique et politique fondamentale qui est partagée par une bonne partie du parlement. Même si une faible majorité se créait un jour pour la combattre, elle aurait grand peine à triompher : on sait, en effet, que la force rationnelle et théorique de 51% contre 49, n'est pas toujours décisive dans une démocratie » (Trochet, 1949, p.64).

Ceci étant, la dépendance ou continuité par rapport au choix du passé (path dependency) ne peut jouer un rôle marquant que si elle touche des convictions et attachements profonds dans la population et dans les forces en présence. Herman Deleeck le percevait bien lorsqu'il soulignait que les caractéristiques du modèle belge « zijn evenwel geen loutere historische reminiscenties ; zij verwijzen naar wat tot op dit uur essentieel voor de aard van de West –Europese sociale zekerheid : zij is niet staats ; zij is "van ons", middels onze sociale organisaties. Dit socialzekerheid bestel is niet unitair maar pluralistisch ; en het is, zij het binnen het raam van een wettelijk regeling, zelfbesturend en zelfuitvoerend. Het is aldus geen onderdeel van het staatsapparaat. Dit is een waarborg voor het welzijn van de burger, omdat deze zich tegenover een staatsapparaat (uit de aard van dezer werking, en los van de goede wil van de individuele ambtenaar) haast noodzakelijkerwijze in een positie van onmacht en ondergeschiktheid

geplaatst ziet. De verzuiling, d.i. de opdeling van sociale organisaties op levensbeschouwelijke grondslag kan haar nadelen hebben, maar vaak wordt in dit debat verwaarloosd dat zij ten gronde de uitdrukking is van (en dus ook haar verantwoording vindt in) het niet staats karakter van ons socialezekerheidsbestel (Deleeck, 2001, p.357).

Selon cet auteur, les organisations sociales œuvrant dans le paritarisme incarnent trois idées forces : la solidarité et l'égalité des chances, l'économie sociale (non-profit dienstverlening) et l'idée de contre-pouvoir face à l'Etat et au marché.

Ces idées forces, et particulièrement « l'anti-étatisme » eurent l'occasion de marquer leur influence lorsque le socialiste Henri Fuss et le social chrétien Walter Leën désignés par le gouvernement comme Commissaire d'État et Commissaire d'Etat adjoint à la réforme de la sécurité sociale remirent chacun leur rapport proposant des mesures visant à améliorer le système tant du point de vue financier qu'organisationnel. Si sur différents points, les propositions de Fuss et de Leën divergèrent, on retrouve néanmoins une même approche des relations entre l'Etat et les institutions de sécurité sociale. S'il revenait à l'État la fonction essentielle de contrôle, il convenait selon les Commissaires de doter les institutions, gérées paritairement et disposant d'une personnalité juridique, d'un réel pouvoir d'autonomie dans l'exercice de compétences larges que ce soit sur le plan budgétaire, administratif et de gestion du personnel. De plus, selon les deux commissaires, il était important de reconnaître aux comités de gestion des différents secteurs de la sécurité sociale une fonction consultative lorsque le gouvernement désirait recueillir des avis avant de décider ou même lorsque les interlocuteurs sociaux prennent eux-mêmes l'initiative de soumettre une proposition à la décision politique. Les propos de H. Fuss furent clairs à ce propos. « Afin d'éviter le développement de l'étatisme, le comité de gestion paritaire de chacun des organismes de sécurité sociale doit avoir, comme son nom l'indique, de véritables pouvoirs de gestion, ceux -ci s'exerçant bien entendu sous le contrôle du ou des ministres compétents auprès desquels le Comité exerce, en outre des fonctions d'ordre consultatif. L'étatisme,

c'est une bureaucratie qui s'encroûte dans un isolement tendant à l'omnipotence, mais qui finit par s'endormir dans l'inertie. La gestion paritaire, c'est au contraire, une administration toujours vivante, parce que soumise à la direction supérieure de représentants directs des administrés eux-mêmes » (Fuss, 1951, p.297)⁵.

Ceci étant, cette conception positive du paritarisme ne fut pas pleinement partagée par tous et en particulier à l'intérieur du mouvement socialiste où les débats furent particulièrement vifs sur la question de savoir qui devrait diriger la sécurité sociale. La figure la plus emblématique de la tendance qui préconisait de limiter le champ de compétence de la gestion paritaire fut sans conteste celle de Léon-Eli Troclet, ministre du travail et de la prévoyance sociale dans le gouvernement socialiste homogène de 1954 à 1958⁶. Celui-ci n'hésita pas à prendre une série de mesures touchant la gestion financière surtout la politique du personnel des parastataux : licenciement des agents temporaires et surtout publication d'un arrêté royal le 22 novembre 1954, accordant au ministre d'importantes compétences dans l'organisation et la gestion du personnel des parastataux. Selon De Cock, ces mesures eurent comme conséquence non seulement de heurter les interlocuteurs sociaux qui considéraient que ces mesures allaient ouvrir la voie à une étatisation totale de tous les parastataux sociaux et donc de la sécurité sociale mais de provoquer le retrait des organes du FNAMI de la délégation des employeurs (De Cock, 1995).

En 1955, le Conseil national du travail se saisit de la question et remet le 24 novembre un avis unanime sur la gestion paritaire qui précise les responsabilités : autonomie de gestion des organismes indépendants d'une part et exercice du contrôle par le gouvernement, ce qui pour certains constitue un camouflet vis à vis de la politique du Ministre Troclet (CNT, 1955, Avis n° 51 du 24 novembre)⁷.

Quoiqu'il en soit, la porte ouvrant vers le modèle beveridgien se referma donc encore une fois et les discussions allèrent désormais porter moins sur la pertinence de la gestion paritaire que sur les formes que devrait revêtir celle-ci. Une excellente rétrospective du Conseil national du travail indique

clairement comment, dans les années 1950, plusieurs initiatives furent prises pour pallier ce qui apparaissaient comme des défauts d'uniformité en matière de modes de gestion des organismes publics de sécurité sociale ainsi qu'en matière de contrôle de gestion par le gouvernement (Conseil national du travail, 1995, pp 9 à 37).

Concrètement trois grands points faisaient problème. Le premier concernait le fonctionnement concret des comités de gestion. Il s'agissait d'une part de savoir si la gestion paritaire supposait que les comités de gestion soient composés exclusivement des représentants des travailleurs et des employeurs ou s'il convenait d'avoir une approche plus large de la concertation en laissant siéger dans ces comités des représentants d'autres organisations telles les mutualités dans le champ de l'assurance maladie et des représentants des ministres compétents. D'autre part, il s'agissait de déterminer des modalités uniformes portant sur le choix des membres du comité de gestion, de la désignation du président et de la mission qui lui serait dévolue. Le deuxième point avait trait à la politique du personnel, définition du statut, modalités d'engagement et de licenciement, etc. et le troisième point concernait l'harmonisation du contrôle et du statut financier des organismes de sécurité sociale. Le point de vue des interlocuteurs sociaux fut exprimé clairement dans un avis unanime. On y trouva la revendication d'un paritarisme strict, d'une large autonomie y compris dans le domaine de la politique du personnel et de la gestion financière, sous réserve pour ce dernier point d'un contrôle du gouvernement. Cependant, cet avis ne fut pas suivi totalement. En effet, le législateur a considéré en 1963 (Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale) que dans les secteurs de l'assurance maladie et des allocations familiales, le paritarisme pouvait être élargi aux mutualités et aux organisations familiales. En outre, si l'autonomie des comités de gestion fut reconnue sur le plan de la gestion administrative, elle fut relative sur le plan financier et politique puisque le gouvernement a acquis les compétences de contrôler les comptes, d'approuver le budget des organismes de sécurité sociale et de traduire, avec le parlement le cas échéant, en textes de loi les avis et propositions des comités de gestion.

Ceci étant, le rôle des interlocuteurs sociaux n'en restera pas moins important dans le processus de décision. Au sein du Conseil national du travail, ils détiennent une compétence d'avis sur la sécurité sociale qu'ils peuvent exercer sur base de leur propre initiative ou à la demande du gouvernement ou du parlement. Ils siègent, comme nous l'avons vu, au sein des comités de gestion des différents organismes de sécurité sociale et à ce titre détiennent également une compétence d'avis. Dans les faits, le gouvernement ne prend donc des décisions en la matière qu'après avoir consulté les interlocuteurs sociaux présents dans les comités de gestion ou au Conseil national du travail. Cela sans compter les contacts informels qui se nouent entre les acteurs sociaux et politiques.

Nous ne serions pas complets si nous n'évoquions pas deux facteurs importants qui ont influencé la consolidation du mode de décision contractuel. D'abord les accords interprofessionnels qui confortèrent dès 1960, le rôle des interlocuteurs sociaux dans l'élaboration de la programmation sociale. Situés au niveau central, ces accords ont eu une influence positive directe et indirecte sur le développement de la sécurité sociale jusqu'en 1976 que cela soit dans le domaine du financement ou dans celui des prestations. Ensuite, dans un tout autre domaine, on a assisté en 1963 à une application de la logique du compromis à tout le secteur de l'assurance maladie, patrons, syndicats, médecins et mutualités s'accordant après un long conflit sur le principe des accords médico-mutuellistes comme forme centrale de régulation dans le domaine des soins de santé.

LA QUESTION DU FINANCEMENT AU CŒUR DU MODÈLE

Nous avons commencé cet article en soulignant que le mode de décision constituait un des critères de différenciation entre les systèmes de sécurité sociale. Il en va de même avec le mode de financement. Et entre les deux modes les liens sont étroits. En effet, le mode de décision contractuel s'accommode davantage avec un mode de financement basé surtout sur les cotisations sociales, tandis que le mode de

décision « étatique » accompagne souvent un mode de financement basé sur l'impôt. Dans les faits cependant, les années de crise ont connu des modifications importantes de la structure du financement et sur le mouvement de fond qui s'est opéré à partir de la fin des années 70, à savoir une gestion de plus en plus tripartite.

En 1970, les cotisations sociales représentaient près de 75% des sources de financement tandis que les subventions de l'Etat, ne représentaient pas 20 %. En 1980, les subventions de l'Etat représentaient 34% des recettes de la sécurité sociale et les cotisations sociales 60%. Ce mouvement s'explique principalement par la croissance des dépenses de l'assurance chômage, secteur dont le financement public devait compenser les insuffisances du rendement des cotisations en cas de crise de l'emploi.

A partir du début des années 1980, la politique de sécurité sociale a explicitement été liée à deux objectifs économiques. D'abord elle sert d'instrument aux politiques d'emploi. En 1981, le gouvernement de l'époque lance l'opération « maribel ». Trente milliards de francs de réduction de cotisations patronales ont été compensés par des impôts indirects. Après 1981, cette opération a survécu mais a subi plusieurs réformes pour être totalement recomposée en 1996 pour être en concordance avec les règles de concurrence en vigueur dans l'Union européenne. Dans l'esprit de l'opération « maribel », plusieurs autres réductions ont été accordées aux entreprises en appui aux politiques d'emploi (plan d'embauche des jeunes, plan d'entreprise, réduction pour bas salaires...).

Le fait de lier le mode de financement de la sécurité sociale aux politiques d'emploi a fait dès l'origine compromis entre les interlocuteurs sociaux même si le contenu des politiques menées fait l'objet de tensions sur la question de la compensation en termes de recettes des diminutions de cotisations, la question du ciblage des réductions de cotisation ainsi que des conditions d'emplois à définir au préalable.

Le deuxième objectif a été celui de contribuer à la réduction du déficit des finances publiques. C'est ainsi que des prélèvements spéciaux ont été imposés et affectés principalement dans le cadre

du Fonds pour l'équilibre financier de la sécurité sociale, créé en 1983, afin de faire face aux déficits de certains secteurs sans devoir recourir au budget de l'Etat.

Ces deux objectifs ont bouleversé la structure du financement puisque à ce jour, les cotisations sociales représentent près de 63% des recettes, les subventions de l'Etat ne contribuent plus qu'à raison de 25% au pot commun, le restant venant essentiellement du financement alternatif et des recettes affectées.

Comment la gestion paritaire a-t-elle évolué dans ce contexte ?

Dès 1983, quand le fonds pour l'équilibre financier de la sécurité sociale a été institutionnalisé, on a constaté que c'est le gouvernement qui s'est chargé de répartir les moyens de celui-ci, certes après avoir consulté le Comité de gestion de l'ONSS. Ce rôle du gouvernement dans la gestion financière de la sécurité sociale a été confirmé par la suite lorsqu'il s'est agi d'opérer des transferts entre secteurs de la sécurité sociale ou d'alimenter le Fonds pour l'équilibre financier. La nature du rôle du gouvernement a donc évolué d'une fonction de contrôleur reconnue en 1963 à une fonction de gestionnaire financier.

Les transferts financiers continueront à bénéficier aux branches chômage et soins de santé, cette dernière accusant un rythme de croissance important des dépenses et des déficits récurrents. Même si ceux-ci peuvent être en bonne partie attribués à une sous-évaluation des budgets, ils irritent les interlocuteurs sociaux dans un contexte où le Gouvernement contient les revendications en matière d'indemnités, cherchant à satisfaire aux « critères de Maastricht » qui conditionnent l'entrée dans l'Union monétaire européenne (e.a. maximum de 3% de déficit public).

En réponse à cette situation, les années 90 ont été des années importantes de redéfinition de la gestion paritaire. En effet, elles ont consacré le tripartisme dans la gestion globale de la sécurité sociale et le quadripartisme à l'INAMI.

En application du Plan global du 17 novembre 1993 (qui programmait d'importantes économies,

des réductions de cotisations patronales et de nouvelles recettes compensatrices), une gestion financière globale de la sécurité sociale fut instaurée en 1994⁸. En même temps qu'elle consacre les transferts entre branches, elle institutionnalise une concertation avec les partenaires sociaux sur la répartition des moyens de l'ensemble de la sécurité sociale. Les taux de cotisations séparés par branche étaient considérés obsolètes et ne pouvaient plus légitimer les récriminations à l'encontre des transferts. Tout en reconnaissant que les rythmes d'évolution des besoins pouvaient varier selon les branches, le nouveau mécanisme de gestion globale devait établir les besoins de chacune des branches a priori au travers de la répartition budgétaire, de manière à limiter les ajustements budgétaires a posteriori⁹.

En assurance maladie-invalidité, les organes de gestion de l'INAMI ont toujours connu la particularité de réunir cinq acteurs plutôt que trois : non seulement les partenaires sociaux et les Commissaires du Gouvernement mais aussi et en majorité des membres, les mutualités et les représentants des prestataires et institutions de soins. S'inspirant des travaux des tables rondes de 1988 et 1989 organisées par le Ministre des Affaires sociales Philippe Busquin, son successeur Philippe Moureaux a initié une réforme de la loi de 1963 (par la loi de réforme de l'assurance maladie-invalidité du 15 février 1993¹⁰).

La réforme vise à responsabiliser différemment les acteurs, de manière à subordonner les décisions des partenaires de la santé au sein du Comité de l'assurance soins de santé, aux orientations de politique générale et surtout au cadre budgétaire décidé par ce qu'on appelle parfois « les payeurs », représentés dans un Conseil général de l'assurance soins de santé. Dans ce Conseil général, les organismes assureurs ont toutefois été représentés avec voix délibérative à la demande pressante des Mutualités chrétiennes. Aucune catégorie de prestataires ou d'institutions de soins n'ont plus de voix délibérative. C'est pourquoi peut-on qualifier le Conseil de quadripartite. Par ailleurs, le fait que les partenaires sociaux et le Gouvernement ne siègeront plus qu'avec voix consultative dans le Comité de l'assurance consacre une autonomie des partenaires de la santé pour la gestion du système d'assurance

maladie, mais toute relative puisque c'est le Conseil général qui décide ensuite de la compatibilité budgétaire des accords et des conventions qui doit conditionner leur approbation.

La gestion globale de la sécurité sociale résolut dans une certaine mesure, un point sur lequel, les acteurs de la concertation sociale ne trouvaient pas de consensus. La CSC demandait que soit faite une distinction entre les secteurs couvrant des risques « liés au travail » et les secteurs couvrant des risques « généraux » dont la couverture avait été rendue quasi universelle (soins de santé et allocations familiales) ainsi qu'une évaluation du coût des prestations « de solidarité » que le gouvernement aurait mis à charge de la sécurité sociale sans contrepartie budgétaire suffisante (allocations d'attente, extension des assurés non contributifs en soins de santé). Un des enjeux de la revendication de la CSC de distinguer ces « deux piliers¹¹ » pouvait être de redonner plus de poids aux partenaires sociaux dans les décisions concernant les secteurs couvrant « les risques liés au travail » du fait que ce sont ceux qui pourraient continuer à être « financés en premier lieu par le travail »¹² (selon les termes utilisés en 2003 par la CSC : CSC, Mémoire, avril 2003, p 10). Les mutualités s'étaient opposées à l'idée des « deux piliers » y voyant un risque pour la gestion paritaire de l'assurance maladie et des allocations familiales et la FGTB rejoignant les mutualités dans leurs critiques, parce que une structure à deux piliers est sensée prêter le flanc à la régionalisation des branches « universelles ». Les positions ne sont pas sensiblement différentes en 2003¹³ alors que la question de la structure de financement de la sécurité sociale reste posée ainsi que se poursuit une évolution structurelle d'un décalage de plus en plus important entre les prestations sociales et le travail (augmentation des prestations non contributives).

Le mode de décision paritaire a donc fortement évolué : une hiérarchie s'est renforcée entre les partenaires sociaux et les partenaires de la santé et entre le Gouvernement et les partenaires sociaux. Toutefois ces changements n'ont pas abouti à une véritable symétrie dans la gestion tripartite ou quadripartite. Il y a bien une symétrie d'une part entre patrons et syndicats et d'autre part

une symétrie entre les partenaires de la santé uniquement en ce qui concerne la gestion au sein du Comité de l'assurance soins de santé (mais pas au Conseil général des soins de santé où les professionnels de santé n'ont que voix consultative). Mais légalement et de par la procédure de décision, le Gouvernement détient davantage de pouvoir. En assurance maladie, il agit surtout en amont des débats des organes de l'INAMI, en fixant le cadre budgétaire et éventuellement en demandant de revoir les propositions de décision qui ne cadrent pas suffisamment avec ses objectifs, pouvant faire valoir en dernier recours son droit de veto dans le chef de ses commissaires. Au sein du Comité de gestion de la sécurité sociale le tripartisme reste asymétrique. Les salariés, les employeurs, et le Gouvernement disposent respectivement d'un nombre égal de représentants avec voix délibérative et le Comité décide à la majorité des voix. Toutefois, le Gouvernement détient un droit de veto.

En assurance maladie, les réformes ont institutionnalisé l'implication des partenaires sociaux dans les décisions concertées sur les budgets et les options politiques prioritaires, et leur ont donné un droit de regard plus important sur les décisions des partenaires de la santé. En ce qui concerne la sécurité sociale, la réforme a formalisé et par-là entériné la gestion financière globale conduite dans les faits par les gouvernements, au grand dam des partenaires sociaux qui à travers le CNT ont exprimé leurs doutes sur l'opportunité d'une gestion tripartite¹⁴.

L'interventionnisme de l'Etat, justifié par le contexte d'assainissement budgétaire, semble avoir repris vigueur sous le gouvernement « arc-en-ciel » (1999-2003) en période de bonne conjoncture et en situation budgétaire assainie. Les réductions d'impôts ont prévalu par rapport aux objectifs, portés par les mutualités et les organisations syndicales, de revalorisation des prestations sociales, de plus en plus en décrochage par rapport à l'évolution des salaires. Aussi, dans son mémoire d'avril 2003 au nouveau Gouvernement fédéral, la CSC, sous le titre « Le Gouvernement ne peut pas continuer à gérer unilatéralement la sécurité sociale », estime que « les partenaires sociaux et le gouvernement

doivent avoir une voix égale dans la gestion globale : ou bien suppression du droit de veto pour la délégation gouvernementale ou bien un droit de veto également pour les syndicats et les employeurs. » en légitimant sa position par l'évolution du financement : « La sécurité sociale est plus que jamais l'argent des travailleurs et des employeurs ». Quant à la FEB, elle perçoit que la gestion paritaire pâtit de la fiscalisation du financement tout en approuvant celle-ci (FEB, 2002). Ainsi, les partenaires sociaux revendiquent désormais une véritable concertation tripartite. Pour autant, sont-ils vraiment favorables à une co-responsabilité avec le Gouvernement qui pourrait limiter leurs possibilités de jouer les contre-pouvoirs dans certaines circonstances ?

Les partenaires sociaux semblent en tout cas réticents à devoir débattre de ce qui relève de leurs prérogatives en dehors des organes existants comme le Conseil national du Travail, par exemple en étant invités à des tables-rondes avec le Gouvernement et d'autres acteurs non reconnus au sein de ces mêmes organes (Tables-rondes du Ministre Busquin sur la santé en 1988-1989, Table-ronde sur les pensions organisée par le Ministre Willockx en 1993, Table-ronde sur la sécurité sociale sous le Gouvernement Verhofstadt I en 2002). Ces consultations collectives font abstraction des rapports de force en connaissance desquels s'accordent par étapes les partenaires sociaux et les partenaires de la santé. Elles n'ont généralement pas abouti à des changements notables mais ont probablement permis de mieux faire connaître certains enjeux.¹⁵

Le gouvernement Verhofstadt II, de composition socialiste et libérale, issu des élections de juin 2003, a inscrit à son programme la tenue d'une concertation avec les interlocuteurs sociaux afin d'aboutir à une réforme des mesures encadrant les fins de carrière. Il s'agit du point de vue du Gouvernement de relever le taux d'emploi des travailleurs de plus de 50 ans, afin que l'impact du vieillissement sur les finances de la sécurité sociales, qui se manifesterà très sensiblement à partir de 2015, soit financièrement supportable. Ainsi, le vieillissement met-il à l'agenda l'enjeu des solidarités intergénérationnelles. Les prépensions représentent le sujet le plus difficile étant donné qu'elles servent à limiter les effets sociaux des

restructurations et fermetures d'entreprises et qu'elles sont considérées par les travailleurs comme un droit acquis et en tant que moyen de « laisser la place aux jeunes ». Or, le taux de chômage des jeunes est particulièrement élevé, et le niveau du chômage global pourrait rester très important dans les années futures, sans redéploiement des politiques macroéconomiques ni renforcement ou renouvellement des politiques d'emploi.

Ces intentions se sont situées dans un contexte où est apparu un raidissement, et même une agressivité, dans les déclarations du patronat. La négociation sur l'accord interprofessionnel fut une fois encore très difficile. Le gouvernement a remis plusieurs fois la poursuite d'une véritable concertation du fait de ce climat et d'autres sujets conflictuels sur le plan politique qui l'ont occupés. Finalement, le premier ministre Verhofstadt a voulu conduire une concertation au finish aboutissant au « Contrat de solidarité entre générations ». Avec le recul du temps, il sera possible d'évaluer s'il s'est agi d'une véritable concertation d'une négociation, dans des conditions habituelles, ou si l'on assisté à un changement de méthode accentuant l'interventionnisme gouvernemental. Les syndicats ont notamment réagi contre les mesures concernant les fins de carrière, s'opposant aux prérogatives des partenaires sociaux en matière de conventions collectives. Ils ont aussi obtenu un financement plus structurel de la sécurité sociale mettant à contribution certains revenus mobiliers, ainsi que des critères et des modalités de décision pour ce qui est annoncé comme une véritable liaison au bien-être à partir de 2008.

Enfin, la question qui se pose par rapport à l'attitude nouvelle de la FEB est de savoir s'il s'agit avant tout d'un choix politique ou même idéologique au sujet de l'avenir de l'économie et de leurs relations avec les syndicats, ou si cela résulte principalement d'une évolution de la situation de certains secteurs belges dans une concurrence mondiale plus difficile.

Cet épisode sur les fins de carrière est à mettre en relation avec les mesures du Ministre Vandembroucke sur le contrôle et l'accompagnement des chômeurs qui précédemment avaient été négociées après coup par les syndicats, faute de concertation préalable suffisante dans le cadre paritaire, du fait semble-t-il d'un plus grand dirigisme ministériel qu'à l'accoutumée, de

l'attitude peu conciliante du patronat laissant en quelque sorte la main au Gouvernement, et de la difficulté pour les syndicats de remettre en question des systèmes existants.

En assurance maladie aussi, les mutualités et les représentants des prestataires de soins ont déploré l'intervention du Ministre, modifiant fortement les propositions budgétaires pour 2006 élaborées au sein de l'INAMI. Le Gouvernement impose in fine des objectifs budgétaires et des initiatives à un niveau de plus en plus détaillé. Ce qui laisse craindre de la part des mutualités un désinvestissement des professionnels de soins dans la gestion du système et la poursuite des actions de responsabilisation des prestataires, des négociations plus difficile entre partenaires de la santé avec les risques que cela comporte pour la sécurité tarifaire. Il est inhérent aux systèmes démocratiques que le gouvernement prenne ses responsabilités et puisse diriger une politique et qu'il soit redevable devant le parlement et les électeurs. La question est de savoir comment la concertation avec les acteurs peut-elle assurer la meilleure pertinence et la plus grande efficacité de cette politique.

L'avenir dira si l'on assiste actuellement à une autonomie accrue du politique par rapport aux

« acteurs intermédiaires » et à un interventionnisme croissant, au-delà de l'effet d'une conjoncture politique difficile pour le gouvernement « violet ». Il est remarquable que la légitimité des acteurs n'est pas remise en cause comme elle a pu l'être à certains moments dans les années 80. Les facteurs explicatifs sont ailleurs et probablement multiples.

Il est fort probable que dans les années qui viennent, c'est à l'aune des enjeux majeurs du vieillissement de la population, du maintien d'une protection sociale suffisante, et de la lutte contre le chômage, que le modèle belge de concertation et de gestion de la sécurité sociale exprimera sa capacité de conduire ou d'accompagner des réformes, qui soient pertinentes, efficaces et justes, en restant fidèle aux principes d'assurance sociale et de solidarité.

Patrick FELTESSE
Pierre REMAN

La présente contribution est une mise à jour d'un article qui a fait l'objet d'une publication dans la revue *Reflets et Perspectives de la vie économique*.

Notes

- 1 Il s'agit du projet d'accord de solidarité sociale conclu dans la clandestinité par les représentants des organisations patronales et ouvrières. Le texte complet se trouve dans « La Revue du Travail » (1945), p.10 ou en annexe du livre de Léon-Eli Troclet (1949).
- 2 L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 fut la transposition en texte légal ce qui dans le projet d'accord de solidarité sociale concernait la sécurité sociale.
- 3 Henri Fuss fut directeur général au Ministère de la Prévoyance sociale avant la guerre. Il présida le comité patronal ouvrier.
- 4 Citons dans le monde chrétien l'ancien Premier ministre Paul Van Zeeland, président de la CEPAG et dans le monde socialiste Léon-Eli Troclet, futur ministre de l'emploi et de la Prévoyance sociale.
- 5 Cité par Arcq et Blaise (1998), pp. 514-515.
- 6 Léon-Eli Troclet fut également ministre du Travail et de la prévoyance sociale de février 1945 à juin 1949. Il ne partagea pas le point de vue de Henri Fuss sur la question de savoir si le rapport Beveridge avait inspiré le comité patronal ouvrier. Au contraire de Troclet, Fuss affirme que les négociateurs n'avaient pas connaissance de ce plan. Au-delà de cette anecdote, on retrouve le clivage entre une conception selon laquelle le projet d'accord de solidarité sociale n'est qu'une étape conduisant vers un modèle « beveridgien » tandis qu'une autre conception selon laquelle ce projet est authentiquement belge et n'a rien à voir avec le système britannique. Fuss et Troclet sont socialistes tous deux, ce qui signifie que ce clivage ne se réduit pas à une opposition entre le monde chrétien et le monde socialiste. Voir à ce propos: Reman (1992).

- 7 Voir aussi: Vantempshe (1994).
- 8 Le Comité de gestion de l'ONSS est transformé en Comité de gestion de la sécurité sociale.
- 9 Voir une analyse plus développée dans : Feltesse (1994, pp 2 à 7) ainsi que Arcq et Blaise (1998, 5.2 Vers la gestion financière globale, pp 595 à 627).
- 10 Les compétences, la composition et le fonctionnement des organes sont précisés par les AR des 28 février 1993 (MB du 09/03/93) et 19 avril 1993 (MB du 29/04/93). Une description en est donnée par Gestion et santé (1993, spécial n° 3) ainsi que par Moorhamer et Hermesse (1993) qui exposent également des éléments de la réforme non évoqués dans le présent article et certaines discussions qui sont intervenues.
- 11 Une appellation qui épouse la distinction classique entre les revenus de remplacement et les revenus de complément.
- 12 D'autres enjeux en étaient le renforcement du lien entre le droit aux allocations et le travail, l'accentuation de la sélectivité en soins de santé et pour les prestations familiales (d'après le Plan Global), l'harmonisation des prestations entre salariés et indépendants en soins de santé et en allocations familiales, la différenciation du mode de financement (financement surtout par les cotisations pour les revenus de remplacement et par des « moyens généraux » pour les revenus de complément) et l'accentuation de la part du financement fiscal permettant de réduire davantage les cotisations sociales sensées sauvegarder et stimuler l'emploi.
- 13 En 2003, alors que la FGTB ne veut pas d'un système à deux piliers (FGTB, 2003, p7), la CSC continue à plaider pour un financement davantage différencié et pour un « réaménagement de la structure » (CSC, 2003, p10) « avec d'une part des assurances pour les travailleurs-euses (risques liés à la profession) et d'autre part des assurances pour toute la population (risques liés à la personne) » (CSC, 2002, p 17). La FEB demande plus précisément un financement « par des ressources générales et pas exclusivement par des cotisations du secteur privé » « des droits universels », c'est-à-dire « de la majeure partie des soins de santé, des allocations familiales, de certains statuts sociaux, de l'interruption de carrière ou du crédit-temps dans le secteur public,... » (FEB, 2003, p 31).
- 14 Ils ne furent pas les seuls: Dillemans et Vandervorst (1997, pp 278-280), anciens Commissaires royaux à la réforme de la sécurité sociale (1980-1985), estimaient, un an après l'installation officielle du Comité de gestion de la sécurité sociale que « la présence d'une délégation gouvernementale sans pouvoirs autonomes suffisants et non encore rôdée au débat direct n'est pas favorable à ce jour à de véritables négociations impliquant les interlocuteurs sociaux. », que le dialogue bipartite devrait précéder la discussion à trois, qu'on a superposé des « lieux de rencontre où les acteurs sont souvent les mêmes (et doivent l'être aussi largement qu'il se peut), mais pas tout à fait, et dont les compétences, sans être identiques, s'entrecroisent voire se concurrencent » et qu'on peut se demander « de quelle manière et dans quel ordre » les solliciter. Ils proposaient parmi les pistes à redessiner, des réunions communes (exemple entre le Conseil général des soins de santé et le Comité de gestion de la sécurité sociale) « de manière à responsabiliser chaque branche ou secteur dans un scénario d'urgence d'une solidarité fonctionnelle intégrée. »
 - 15 A ce propos le CNT écrit : « Bien plus, l'Etat met au fur et à mesure en place de nouvelles structures dont la composition dépasse le cadre strict des interlocuteurs sociaux comme c'est le cas pour la Table ronde des pensions. » (CNT, 1995, Introduction, p 21).

Références

- ARCQ E. et BLAISE P. (1998), « Histoire politique de la sécurité sociale », *Revue belge de sécurité sociale*, septembre.
- ARCQ E. et REMAN P. (1996), « Les interlocuteurs sociaux et la modernisation de la sécurité sociale », CRISP, courrier hebdomadaire n°1508-1509
- BALDWIN P. (1990), *The politics of social solidarity, Class bases of the european welfare state, 1875-1975*, Cambridge University Press.
- CONSEIL NATIONAL DU TRAVAIL (1995), « Les interlocuteurs sociaux et la gestion de la sécurité sociale », *50 ans de sécurité sociale...et après ?*, volume 9, Bruxelles, Bruylant.
- CNT (1955), Avis n° 51 du 24 novembre.
- CSC (2003), Mémoire.

CSC (2002), Texte approuvé du Congrès des 17-19 octobre.

DE COCK J. (1995), « Evolution de la gestion paritaire des institutions de sécurité sociale », *Bulletin de la FEB*, 3/.

DELEECK H. (2001), *De architectuur van de welvaartstaat opnieuw bekeken*, Acco.

DILLEMANS R. et VANDERVORST P. (1997), « La gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs salariés », avant-dire, *Revue belge de sécurité sociale*, juin, pp 277 -280

ESPING-ANDERSEN G. (1999), *Les trois mondes de l'Etat -providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF.

FEB (2002), « Table ronde «sécurité sociale : créer la prospérité avant de la répartir », *Infor feb* n°12, annexe.

FEB (2003), *Mémoire*.

FELTESSE P. (1994), « La réforme de la sécurité sociale et ses enjeux », *M-informations*, n°163, décembre, ANMC, pp 2-7.

FGTB (2003), *Mémoire*.

FUSS H. (1951), *Rapport sur la réforme de la sécurité sociale*, Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

FUSS H. (1958), *La genèse du projet d'accord de solidarité sociale belge*, tome 1, *La sécurité sociale*, Bruxelles, sahauman.

GESTION ET SANTE (1993), spécial n° 3, 26 mai, Kluwer, pp 10-25.

Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

MERRIEN F-X. (1997), *L'Etat-Providence*, PUF.

MOORTHAMER L. et HERMESSE J. (1993), « Réforme de l'AMI », *M-informations*, N°156, février , ANMC, pp 2-10.

PALIER B. (2002), *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF.

PIETTRE A, *Pensée économique et théories contemporaines*, Dalloz 1969.

TROCLET L-E. (1949), *Problèmes belges de sécurité sociale*, Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale.

REMAN P. (1992), « La sécurité sociale, histoire, développement et perspectives », *Dossier du Crisp*, décembre.

VANTEMPSCHÉ G.(1994), *La sécurité sociale*, De Boeck Université.

