



## DEFEDERALISER LA SECURITE SOCIALE ? (I)

### *Une des questions des négociations institutionnelles sur les soins de santé*

Transferts financiers injustifiés entre Flandre et Wallonie, volonté d'« homogénéiser » les compétences et de confier de larges pans de la sécurité sociale aux Régions et/ou Communautés, mise en avant des « différences culturelles » irréductibles entre Flamands et francophones dans les dépenses de soins de santé... Les partisans d'une « défédéralisation » des soins de santé ou de la politique de l'emploi font flèche de tout bois. D'autres arguments plaident au contraire en faveur d'une sécurité sociale fédérale et du maintien d'une solidarité interpersonnelle la plus large. À l'heure du grand débat institutionnel belgo-belge, voici un passage en revue des arguments des uns et des autres, à la lumière de ce qu'en pensent les économistes dans leurs analyses qui échappent au manichéisme ambiant... Cette première partie est consacrée à la discussion des arguments concernant les soins de santé.

Les positions des partis flamands et francophones sont fort éloignées les unes des autres sur la question d'une défédéralisation partielle de la sécurité sociale. Qui plus est, les modalités de mise en œuvre de telles réformes qui pourraient éventuellement rapprocher les parties ne semblent qu'à peine esquissées, notamment dans le domaine de la sécurité sociale. C'est du moins ce que laissent penser les contributions universitaires sur le sujet et notamment un texte conjoint d'une série d'économistes francophones et néerlandophones(1), remarquable pierre à l'édification d'un compromis, mais dont la représentativité dans le milieu académique notamment flamand est difficile à apprécier.

Revenons cependant en amont des propositions de réformes, en particulier sur les arguments de ceux

qui prônent une défédéralisation partielle de la sécurité sociale et voyons les analyses qu'en font les universitaires. Désormais, ceux-ci jouent en effet un rôle dans ce débat à travers des journées d'étude, des publications ou des interventions dans les médias, et certains d'entre eux dans la négociation politique, les partis et gouvernements les consultant et leur commandant même des travaux. Au cœur de la négociation une certaine discrétion est à certains moments préférable à la médiatisation. Ces acteurs qui ont émergé davantage à l'occasion de la crise politique de 2007-2008, peuvent concourir à dépassionaliser le débat, à l'orienter vers plus de rationalité, sans manichéisme. On peut par exemple observer que de nombreuses contributions francophones acceptent certaines motivations flamandes utilisées pour justifier des

défédéralisations, comme la responsabilisation des entités fédérées et l'adaptation aux différences de situation du marché du travail, en s'interrogeant toutefois sur les avantages et inconvénients et les difficultés de leur application. Les contributions publiées, souvent complexes, méritent d'être exploitées dans la réflexion collective sur l'avenir de la sécurité sociale, au-delà des milieux universitaires intéressés. A la lecture comparative de plusieurs articles et interventions récentes d'universitaires flamands et francophones, voici un aperçu des arguments principaux qui apparaissent avoir fait l'objet de leurs analyses.



### « TRANSFERTS INJUSTIFIÉS »

Historiquement parlant, la première revendication des partisans d'une défédéralisation de la sécurité sociale fut d'exiger une plus grande transparence sur les transferts financiers entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie, et partant, une suppression des transferts non justifiés par des « facteurs objectifs ». Ce ne sont pas les transferts liés aux différences de revenus et donc de cotisations entre régions qui avaient été mis en cause mais bien les transferts liés aux différences de dépenses. A défaut de transparence, certains ont défendu qu'il est possible de maintenir la solidarité par un financement qui resterait fédéral en régionalisant les dépenses sur base de critères objectifs suffisamment représentatifs des facteurs de risque, un peu comme ce qui est appliqué dans la responsabilité financière des mutualités. Sauf que si les budgets sont fixés à un niveau insuffisant, éventuellement pour toutes les Régions/Communautés, les dépenses au delà du budget seraient à charge de ces entités sans solidarité entre elles. Le problème est de s'entendre sur les indicateurs, sur les facteurs justifiant des transferts et sur ceux qui ne sont pas justifiables. Les facteurs qui ne seraient pas pris en compte seraient notamment ceux sur lesquels on considère que les Régions et/ou Communautés ont une forte influence et responsabilité à assumer (nombre de lits d'hôpitaux via l'application des normes d'agrément, nombre de spécialistes dans les diverses disciplines via le numerus clausus, programmation des maisons de repos et des services de soins à domicile, etc.). Les différences d'offre de

soins, à profil de risques constant, ne sont pas acceptées comme légitimes alors qu'elles expliquent une partie des différences dans certains secteurs de soins. Pourtant, ces différences remontent souvent à une époque lointaine et les résorber prend du temps. Les sources de dépenses supérieures d'une région sont souvent remplacées par d'autres, toutefois moins onéreuses. Le nombre de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques n'a pas été simplement réduit. On leur a substitué des lits de MRS, des lits de maisons de soins psychiatriques, et des habitations protégées. La limitation des actes techniques a donné lieu à des revalorisations des actes intellectuels et à un refinancement des hôpitaux.

L'argument des transferts injustifiés a perdu beaucoup de poids alors qu'il visait surtout les soins de santé. En effet, la transparence existe largement en matière de santé depuis les rapports « Jadot », du nom de l'ancien Président du Conseil général de l'INAMI (4 rapports successifs depuis 1992) et d'autres études explicatives relativisent le problème. Une analyse récente des Mutualités chrétiennes (2) montre pour 2005 un léger surcroît dépenses de 0,02% en Flandre par rapport aux dépenses attendues vu le profil de risque des habitants (3), une dépense inférieure de 0,66% en Wallonie et une dépense supérieure de 3,5% à Bruxelles, des différences qui se sont fort estompées entre 1996 et 2005. Si les écarts entre régions sont donc minimes, ils sont un peu plus importants entre provinces (jusqu'à un peu plus de 8% de moindres dépenses au Luxembourg et quelque 3,5% de dépenses supplémentaires en Flandre occidentale). On observe des différences de volumes de consommation et de prix moyens dans les trois régions sur des secteurs de soins différents. Ces différences manifestent notamment des effets « de substitution » : plus de soins à domicile et dans les soins intra-muros psychiatriques en Flandre et plus de soins en hôpital général en Wallonie et à Bruxelles et en MR-MRS à Bruxelles, moins de consultations de généralistes et plus de spécialistes à Bruxelles également. Il y a aussi des effets « prix » : consultations de spécialistes relativement plus « coûteux » et présence de plus d'hôpitaux universitaires à prix de journée plus élevés à Bruxelles, etc. On observe aussi par exemple des consommations supérieures d'actes techniques à Bruxelles et en Wallonie, plus de dépenses pour prothèses et implants en Flandre, et de moindres consommations de soins dentaires en Wallonie.

L'existence possible de sous-consommations est soupçonnée dans certains domaines en Wallonie, comme les soins dentaires. En référence aux normes de la responsabilité financière des mutuelles qui utilisent une panoplie plus grande de facteurs de risques mesurables et unanimement acceptés, les différences de dépenses entre régions par rapport au montant normatif (pour les membres des MC), sont minimales pour la Flandre et la Wallonie (respectivement 22 euros et 16 euros par an et par membre), mais sont plus significatives à Bruxelles (131 euros). Quelques analyses disponibles sur des soins particuliers montrent d'une part, des disparités parfois importantes entre établissements, difficilement explicables par des besoins objectifs, et d'autre part, des différences de consommation entre classes sociales (statut social, revenu). Dès lors, pour les auteurs de cette étude, le véritable enjeu est de savoir « comment organiser le système de soins et l'assurance maladie de sorte que les meilleurs soins restent accessibles à tous ? ». Il est nécessaire de « mener des analyses approfondies » et de « discuter des pratiques, des méthodes et des difficultés rencontrées sur le terrain ». « Les Communautés et les Régions peuvent parfaitement être associées à ce cadre de réflexion, permettant ainsi les échanges de vue, le partage des connaissances et des expérimentations en vue d'améliorer la qualité des soins au bénéfice de tous. » (2)



### DES « COMPÉTENCES HOMOGÈNES »

Avant même que les études explicatives des transferts ne commencent à relativiser le problème, un autre argument a pris le dessus par rapport à ceux du manque de transparence et des transferts injustifiés : il s'agit de transférer des compétences aux Communautés (et/ou Régions), déjà largement compétentes en politique familiale et en politique de santé, afin d'obtenir des paquets de compétences plus homogènes et plus cohérents. Cet argument - essentiellement d'ordre politique - est souvent confondu avec celui de la responsabilisation, comme

par exemple lorsqu'on avance que des soins communautarisés inciteraient mieux les Communautés à en réduire les dépenses par la prévention.

En matière de santé, les positions politiques flamandes ont divergé, certains proposant de ne défédéraliser que certaines matières comme les soins aux personnes âgées (en maisons de repos et MRS) et à domicile. D'autres ajoutant le secteur hospitalier, soit entièrement soit uniquement la partie financée par le SPF Santé publique (prix de journée, y compris les soins infirmiers) et non les soins médicaux pris en charge par l'INAMI. Les revendications ont tout d'abord évolué vers la communautarisation de toutes les politiques de la santé et de la famille, ainsi que vers la fixation des allocations de chômage en tant qu'instrument de la politique régionale d'activation.<sup>(4)</sup> Mais la réforme du financement des hôpitaux par le Ministre Demotte a ensuite réduit les velléités de défédéralisation en soins de santé, de même d'ailleurs que l'instauration de procédures fédérales d'activation par le Ministre Vanden Broucke dans le cadre de l'assurance chômage. Toutefois, les réactions à ce plan d'activation et les résistances au Pacte des générations ont attisé à nouveau la revendication de défédéralisation en ce qui concerne les allocations de chômage.

En politiques sociales et de santé, la notion de paquets homogènes de compétences peut être considérée comme peu pertinente vu les interactions entre des politiques qui sont fort transversales et qui relèvent des différents niveaux de pouvoirs (prévention, éducation à la santé, protection du travail, sécurité routière, environnement, politique fiscale,...).<sup>(4)</sup> L'homogénéité serait un mythe, il y aurait toujours des chevauchements entre niveaux de pouvoir, et des interactions entre régions par les flux commerciaux et humains. « Poussée à l'extrême cette logique des paquets homogènes risque de vider complètement l'échelon fédéral de ses pouvoirs », comme elle pourrait justifier une refédéralisation.<sup>(4)</sup> La coordination entre fédéral et entités fédérées serait l'alternative.<sup>(5)</sup>

## C

### PRÉFÉRENCES COLLECTIVES ET « DIFFÉRENCES CULTURELLES »

Un autre argument des partisans d'une défédéralisation des soins de santé est le fait que les différences de dépenses reflèteraient des différences de pratiques qui seraient liées à des différences culturelles. Ainsi, les Flamands préféreraient les soins à domicile aux soins hospitaliers, ils privilégieraient la consultation d'un généraliste avant de recourir au spécialiste, etc. Toutefois, les différences entre provinces ou arrondissements étant plus importantes, ainsi qu'entre prestataires ou institutions de soins dans certains domaines, il est improbable que les différences culturelles puissent les expliquer grandement. En fait il a pu être démontré que ces différences sont pour certains types de soins en grande partie liées à la densité de praticiens et d'institutions de soins, une forte densité induisant une production plus importante de soins, sans doute pour pouvoir récolter des honoraires et financements suffisants. Par ailleurs, les différences de pratique seraient dues à des défauts de diffusion des indications scientifiques et à des différences entre universités plutôt qu'entre communautés du pays. Comme ces différences de pratiques sont bien plus grandes entre praticiens et institutions au sein d'une même région ou communauté qu'entre régions ou communautés, une défédéralisation ne réglerait pas automatiquement le problème.(6) En revanche, les scientifiques s'accordent sur l'impact des différences socio-économiques (niveau d'éducation, état des logements, revenu,...), pour expliquer par exemple la tendance à substituer des soins intensifs hospitaliers à la médecine de première ligne. (4)

Les préférences collectives que l'on évoque aujourd'hui sont donc surtout des choix politiques, qui dépendent probablement autant ou davantage des rapports d'influence des courants politiques et du poids des partis dans la communauté que de facteurs culturels. L'enjeu serait alors de permettre aux entités fédérées d'imprimer leur propre volonté politique en transférant davantage de compétences, de préférence avec des balises, des collaborations entre niveaux de pouvoir, et même des objectifs communs.

## D

### MEILLEURE GOUVERNANCE

L'argument suivant est parfois utilisé pour défédéraliser les soins de santé : dans beaucoup de pays, fédéraux ou non, le système de santé est beaucoup plus décentralisé. Ici il faut distinguer les pays qui disposent d'un système national de santé géré par les pouvoirs publics et qui effectivement est souvent décentralisé ou régionalisé, et les pays où la gestion du système se situe à la fois au niveau des pouvoirs publics et à celui d'organismes assureurs comme les mutualités, qui généralement opèrent sur plusieurs régions du pays et qui constituent en soi une forme de décentralisation suffisante. Le système belge n'est pas vraiment celui de mutualités en concurrence en ce qui concerne l'assurance obligatoire, sauf en ce qui concerne la qualité du service aux membres. En effet, les mutualités gèrent le système ensemble au sein de l'INAMI, avec les pouvoirs publics, et avec une implication des institutions et professionnels de santé mais aussi des partenaires sociaux. Elles sont toutefois collectivement et individuellement partiellement responsables d'une partie de déficits éventuels, du fait qu'elles s'entendent sur la gestion du système au niveau central et mettent cette gestion en œuvre, chacune pour ses affiliés. La responsabilité financière et les instruments restent essentiellement centralisés au niveau du gouvernement et de l'INAMI.

Pour Schokkaert et Van de Voorde (KUL) (6), l'enjeu de la gouvernance du système serait de savoir de quelle manière doivent être organisés des incitants qu'ils estiment nécessaires pour que le système de santé reste finançable et solidaire (pas de médecine à deux vitesses). La responsabilité principale de la régulation doit-elle rester au niveau des pouvoirs publics et si oui, au niveau de quels pouvoirs publics ? Ou doit-elle être davantage transférée aux mutualités moyennant les instruments nécessaires ? Une concurrence régulée donnant davantage de rôles à chaque union de mutualités accentuerait la logique de la responsabilité financière des mutuelles introduite dans le système il y a quelques années. Les options alternatives seraient de mettre en concurrence les mutualités avec des compagnies d'assurance, ou d'évoluer vers un service national

de santé, éventuellement largement communautarisé ou régionalisé.

Les deux universitaires estiment que des options différentes entre nord et sud sur la réforme ne justifient pas une scission. Dans un système politique, il faut toujours conclure des compromis. Le conflit politique sur la défédéralisation, « solution trop facile », a pour désavantage de bloquer les réformes qui sont vraiment nécessaires et qui sont en mesure de remédier aux inefficiences révélées par les différences de pratiques. Si une défédéralisation est aisée dans l'option d'une régulation purement étatique du système, elle n'est pas forcément adéquate avec une autre option donnant plus de rôle aux acteurs. Car certaines mutualités et organisations représentatives des professionnels ou institutions de soins seraient des quasi-monopoles dans la communauté où elles sont le mieux implantées. Ces auteurs concluent en évoquant la nécessité d'avoir une vision sur la frontière entre solidarité et responsabilité, ce qui sous-entendrait

que plus de responsabilité, c'est moins de solidarité, et sur les rôles respectifs des pouvoirs publics et des autres acteurs, laissant percevoir par là que selon eux, un système plus « efficace » passerait par un plus grand rôle des mutualités.(6)

La seconde partie de cette analyse traitera des arguments plus fréquemment utilisés en matière d'emploi, à savoir celui de la diversité des situations et celui de la responsabilisation, arguments qui souvent sont entendus du côté francophone même s'ils suscitent des controverses et surtout l'expression d'une préoccupation qui est aussi une position de principe, celle de maintenir la solidarité interpersonnelle.

**Patrick FELTESSE\***

\* La présente analyse est une version plus complète d'un article paru dans la revue « Démocratie » n°10, 15 mai 2008 : « Avenir institutionnel de la Belgique. Défédéraliser la sécurité sociale ? »

## Notes

### (Bibliographie partielle)

- (1) Collectif, *Pour une réforme des institutions belges qui combine flexibilité et coordination*, 26/01/2008.
- (2) Hervé Avalosse, Koen Cornélis, Karolien Geurts, Raf Mertens, Jean Hermesse, *Les différences de consommation de soins de santé en Belgique. Où sont les vrais enjeux ?*, contribution au 17<sup>ème</sup> Congrès des économistes belges de langue française, 2007, pp671-692.
- (3) Suivant seulement 4 paramètres : statut d'assuré (« actif », sans distinguer ceux qui ont un emploi de ceux qui sont au chômage ; « invalide » ; « pensionné » ; etc.), âge, sexe, bénéficiaire ou non de « l'intervention majorée », ce qui dépend du statut social et du revenu.
- (4) Kristian Orsini, *La défédéralisation des soins de santé : existe-t-il un consensus dans les revendications flamandes ?*, Reflets et Perspectives de la vie économique, XLIII, 2004/3, pp115-127.

### Interventions lors de la journée d'étude « Réflexions sur le fédéralisme social », Université d'Anvers, octobre 2007 :

- (5) Etienne de Callataÿ, *Réformer la solidarité dans un Etat réformé*, 12 sept 2007, 14p.
- (6) Erik Schokkaert, Carine Van de Voorde, *Defederalizing van de Belgische gezondheidszorg ?*, 21p.
- Robert Deschamps, *La politique de l'emploi et la négociation salariale dans l'Etat fédéral belge*, oct 2007, 20p.
- Collectif, *Questions en suspens dans le débat relatif à la réforme de l'Etat*, 4p.
- Bea Cantillon, *Sociale zekerheid, transferten en federalisme in België*, juin 2007, 25p.
- Paul Van Rompuy, *Werkloosheidsverzekering in een federale staat met een toepassing op België*, 13p.



**AVEC LE SOUTIEN DU MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE,  
SERVICE DE L'ÉDUCATION PERMANENTE**