

LA SÉCURITÉ SOCIALE: UN INSTRUMENT REMARQUABLE ET INDISPENSABLE DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ*

JOZEF PACOLET

_ INTRODUCTION

'Designed for the poor is poorer by design' (qu'on pourrait traduire par : ce qui est conçu pour les personnes pauvres est à dessein de moins bonne qualité) est l'adage qui me vient constamment à l'esprit lorsqu'il s'agit de défendre une protection sociale de haute qualité pour l'ensemble de la population par le biais d'une sécurité sociale forte. C'est aussi la conclusion de 10 à 15 années d'observation de l'État-providence en Belgique et en Europe¹.

Les risques sociaux d'une population, tels que la maladie, le handicap, le chômage, la pension, sont soutenus par toute une série de dispositifs, depuis la solidarité familiale et le fait de se prendre en main jusqu'à la sécurité sociale, depuis le financement public des dépenses jusqu'à l'aide sociale et l'aide caritative. Les États-providence européens sont organisés suivant deux grands types de systèmes : les systèmes basés sur le modèle de Beveridge, avec un financement provenant des recettes fiscales générales et des services de base plutôt uniformes, et les systèmes d'inspiration bismarckienne, organisés conjointement par les employeurs et les travailleurs qui les financent dans une large mesure. L'aide sociale est un système résiduaire dans les deux cas.

L'objectif est de compenser les conséquences des risques, et d'éviter avant tout la pauvreté ou la précarité.

La Belgique a opté pour le système d'inspiration bismarckienne. Dans quelle mesure s'est-il avéré adéquat pour assurer l'ensemble de la population contre les risques sociaux, et réussit-il à éviter la pauvreté ? Nous analysons les problèmes posés par une vaste catégorie de dépenses, à savoir celles liées au risque de l'âge / les besoins d'une pension décente, des soins de santé de bonne qualité et les soins aux personnes âgées. Il n'est pas rare de voir aussi apparaître dans ces piliers de la sécurité sociale, de nouveaux risques de précarité dus à l'inadéquation de la sécurité

* Texte traduit du néerlandais.

1 Pour un aperçu de ces tendances et la place de la Belgique dans une perspective européenne, voir J. Pacolet Pacolet (red.), État de l'État-providence dans l'UE anno 1992 et dix ans plus tard avec dix nouveaux États membres, Revue belge de sécurité sociale, 2006, n° 4

sociale. Dans cet article, nous voulons montrer que c'est précisément le changement de direction dans la sécurité sociale qui contribue à augmenter le risque de précarité et de dualisation.

Confronté à des restrictions budgétaires tout autant qu'à une tendance croissante à réduire les impôts, on défend en effet une plus grande sélectivité jusques et y compris le passage à l'aide sociale. D'un autre côté, on défend une privatisation du financement par la constitution de fonds, une capitalisation, ce qui revient à payer à l'avance des primes qui permettront de financer ultérieurement les allocations. La constitution des fonds peut être individuelle, privée ou collective. La Belgique se laisse porter par tous ces courants. Peut-elle sauver les meubles ?

_ L'ÉROSION DES PENSIONS LÉGALES

Le risque de pauvreté chez les personnes âgées est de 20,6 % en 2005 contre 12,2 % pour le reste de la population. En l'absence d'un système de pensions, 90 % des personnes âgées vivraient dans la pauvreté.

Les prestations des pensions sont le résultat des règles ou paramètres que l'on utilise. Si les pensions des plus âgés sont les plus inadaptées, c'est la conséquence de la réglementation qui a abrogé la liaison des pensions au bien-être dès le milieu des années 80, ou de minima en dessous du seuil de pauvreté, ou simplement du fait que l'on n'a pas choisi une bonne protection (pension d'indépendants). Dans le but de se constituer une pension adéquate, on a opté pour un système à trois piliers, il y a déjà plus de deux décennies. Il s'avère de plus en plus que les ressources nécessaires aux deuxième et troisième piliers sont considérables et qu'elles supposent une participation des employeurs (primes destinées aux fonds de pension et assurances-groupes), des travailleurs (efforts d'épargne personnels) et du gouvernement (dépenses fiscales)².

On a pris conscience du fait que le deuxième pilier allait surtout devoir suppléer aux lacunes du premier. Il y a deux manières de se demander dans quelle mesure le deuxième pilier des pensions peut offrir une garantie suffisante pour la pension. Tout d'abord, la plupart des pensions du deuxième pilier ont été et sont versées sous forme de capital. La question qui se pose est de savoir si les pensionnés le placent d'une manière suffisamment sûre et rentable pour soutenir leur pension pendant le reste de leur vie. La seconde question est de savoir dans quelle mesure les fonds de pension sont suffisamment importants et rentables pour pouvoir garantir la pension complémentaire des générations futures et, si tel est le cas, quel en est le coût.

Il reste le troisième pilier : l'épargne-pension, les assurances-vie individuelles et autres formules d'épargne à long terme. Dans le passé, le Belge a toujours manifesté une forte propension à l'épargne et, ces dernières années, celle-ci a pris de plus en plus la forme d'une épargne à long terme. Une part importante (l'épargne-pension et l'assurance-vie) est fiscalement encouragée. En raison de la limitation du montant, les incitants fiscaux sont plafonnés. Ils sont également

² Voir notre article sur la Belgique dans le numéro spécial de la Revue belge de sécurité sociale cité ci-avant.

distribués de manière raisonnablement démocratique. En ce sens, ils méritent même tout autant notre sympathie que le deuxième pilier, parce que ceux qui n'ont pas la chance d'avoir une pension d'entreprise ou une pension sectorielle peuvent néanmoins bénéficier d'un soutien financier qui leur permet d'épargner eux-mêmes, à titre préventif. Cependant, ils ne sont pas accessibles aux bas revenus, aux allocataires sociaux qui paient peu ou pas d'impôts. Ceux-ci n'ont pas la latitude de souscrire à une épargne-pension complémentaire individuelle et ne peuvent pas non plus bénéficier des incitants. C'est pourquoi une véritable politique visant à encourager l'ensemble de la population à épargner de manière préventive doit faire en sorte que les incitants fiscaux profitent également à ceux qui actuellement ne paient pas d'impôts et ne peuvent donc pas en bénéficier. Cependant, il est à craindre qu'étant donné le faible niveau de leurs revenus, ils seront incapables de fournir un effort d'épargne et qu'ils ne pourront donc jamais entrer en ligne de compte pour 'l'incitant' fiscal. Nous ne parlerons pas ici du quatrième pilier, le logement individuel, qui constitue lui aussi une forme d'épargne-pension et représente également une sérieuse garantie contre la précarité.

Jusqu'il y a peu, les pensions complémentaires étaient surtout l'affaire des secteurs plus forts et des tranches de revenus plus élevées. L'introduction de la toute dernière loi sur les pensions complémentaires y a définitivement mis un terme. Dans certaines propositions, on parlait presque du principe que l'ensemble de la population disposerait d'un deuxième pilier de pension, et même pour les fonctionnaires (notamment le personnel contractuel des pouvoirs locaux), des voix se sont élevées pour demander un deuxième pilier de pension.

Cependant, leur croissance est restée limitée parce que ces pensions complémentaires exigent aussi des efforts supplémentaires (il n'y a pas de 'repas gratuit'), tandis que ces dernières années, les risques du système de pension par capitalisation sont apparus à maintes reprises, jusques et y compris la 'fonte actuelle' du système financier³.

Mais les deuxième et troisième piliers sont des formes d'épargne complémentaires et non une alternative à la pension légale. Le choix des deuxième et troisième piliers induit que l'on néglige le premier.

Abstraction faite de l'adéquation de la pension pour l'ensemble de la population, il restait le problème des pensions les plus basses qui ne permettent pas d'échapper à la précarité.

Le taux de remplacement (le rapport entre la pension moyenne et le salaire brut moyen) diminue systématiquement en raison de l'absence d'adaptation au bien-être. Ce sont surtout les pensions et les allocations les plus anciennes et les plus basses qui ne semblaient plus en mesure de protéger les gens contre une précarité objective. En 2004, le gouvernement a décidé d'y remédier

3 Suite à la précédente crise boursière de la période 2000-2003, nous avons mis en garde contre le chant des sirènes (du secteur financier et du gouvernement) en pointant l'influence exercée par les marchés financiers sur le développement de la protection sociale (J. Pacolet, *Funded Pensions After the Bear Market : Was It a Fatal Attraction*, document de la conférence APF du 30 juillet 2004). Aujourd'hui, en octobre 2008, il faut à nouveau déblayer le terrain.

quelque peu, et la législation sur le pacte de solidarité entre générations a permis de concrétiser des mesures en ce sens. Les allocations de remplacement les plus anciennes et les plus basses ont déjà bénéficié d'une adaptation au bien-être en 2007 et 2008. Celle-ci stoppera la dégradation, sans compenser pour autant la dégradation accumulée dans le passé⁴.

La Belgique se caractérise de plus en plus par une augmentation de la pauvreté parmi les allocataires sociaux. Les pensions sont malades : elles souffrent du même mal que l'ensemble de notre sécurité sociale, à savoir un taux d'activité trop bas. La Belgique a pour tradition d'être relativement généreuse en ce qui concerne l'accès à certains systèmes tels que le chômage, mais elle a tendance à être avare sur le plan du montant des allocations. C'est ainsi que plus d'un million de personnes perçoivent l'une ou l'autre allocation de l'ONEM, alors qu'il y a 4 millions de gens qui travaillent. Si nous y ajoutons tous les pensionnés (plus de 2 millions) et différents autres allocataires, nous arrivons à environ 4,5 millions de bénéficiaires d'une allocation, un chiffre qui dépasse le nombre d'actifs. Surtout dans un système de répartition tel qu'il existe en Belgique (qui finance les allocations des non-actifs avec les cotisations des actifs), cela exerce une pression sur le montant de l'allocation. Aux Pays-Bas par exemple, on a remarqué cette disproportion, surtout sur le plan des maladies et des incapacités de travail, et l'on a établi un lien entre le taux d'inactivité et le rattachement des allocations au bien-être⁵. Le lien dont il est question plus haut existe de toute évidence. Plus les allocataires sont nombreux, plus il est difficile de continuer à lier les allocations au bien-être. Mais lorsque l'on dépend pendant longtemps d'un revenu de remplacement, et ils sont nombreux à être dans ce cas, faire diminuer l'allocation n'a rien d'évident. Au contraire, on a probablement dû puiser de plus en plus dans ses réserves de sorte que le revenu de remplacement prend de plus en plus d'importance. C'est pourquoi il faut plutôt augmenter les ressources pour garantir la sécurité d'existence de ces groupes. En ce sens, nous ne comprenons pas du tout les propositions qui circulent actuellement et envisagent d'augmenter les allocations des chômeurs au début du chômage pour les faire ensuite diminuer rapidement et éventuellement les limiter dans le temps. Ce qu'il faut faire, c'est tenter d'influer le plus possible sur le nombre : éviter le chômage, tendre vers le plein emploi, éviter la pauvreté, éviter l'invalidité, tendre vers une réadaptation et une réintégration, telles sont les mesures qui agissent sur le nombre d'allocataires sans miner la tendance à une bonne protection sociale.

La Belgique n'est pas exagérément généreuse sur le plan de l'allocation de chômage, mais c'est compensé par le fait que l'allocation ne diminue pas énormément lorsque le chômage se prolonge de sorte que le risque de pauvreté est plus faible⁶. Dans le cas des pensions également, la Belgique compte un grand nombre de bénéficiaires mais les pensions sont rationnées (par la force des choses ?).

4 J. Pacolet, W. Verschueren, Un ratio de dépendance par rapport aux prestations pour la Belgique ?, HIVA, KULeuven, 2007.

5 Voir Pacolet J., Verschueren W., op.cit.

6 Cantillon B., Marx, I., Rottiers, S., Van Rie, T. (2007), La Belgique comparée au peloton de tête européen : postremis inter pares, Centre de politique sociale, Avis, Anvers.

En Belgique, il y a de nombreuses possibilités de remettre sur les rails le système de sécurité sociale basé sur un système de répartition afin d'envisager l'avenir avec confiance. La dette publique encore beaucoup trop élevée est un handicap qu'il faut éliminer. Le taux d'activité beaucoup trop bas en est un autre. Permettre à quelqu'un d'être prématurément inactif (ce qui est le cas notamment dans les régimes de prépensions), signifie créer des allocations supplémentaires au lieu d'encaisser des cotisations. C'est le financement d'une dette.

LES LIMITES DES COTISATIONS PERSONNELLES DANS LES SOINS DE SANTÉ

La pauvreté rend malade, mais la maladie aussi risque de plonger les gens dans la précarité. D'après l'enquête santé de 2001, 33% des malades et handicapés vivent dans un ménage où la personne de référence ou un autre membre de la famille a dû l'année précédente renoncer à des soins de santé ou les reporter pour des raisons financières⁷.

En dépit des périodes de restriction, les dépenses de soins de santé en Belgique arrivent en tête des pays européens et des pays de l'OCDE et certainement si l'on utilise une définition large. Les dépenses publiques sont également importantes. Pourtant, il semble aussi que la Belgique demande un nombre relativement élevé de cotisations personnelles, tickets modérateurs, suppléments, quote-part personnelle dans le prix journalier d'une maison de repos et d'une maison de repos et de soins par exemple, une consommation autonome de médicaments, des soins non remboursés (ces soins pouvant être à caractère non médical bien que provoqués par la maladie ou la dépendance). En moyenne, nous arrivons à une couverture publique des coûts de 70 % alors que celle-ci peut atteindre 80 et 90 % dans d'autres pays⁸.

Les soins de santé sont également menacés par un rationnement des ressources ou par des cotisations personnelles plus élevées. Au fur et à mesure qu'une population vieillit et devient en général plus prospère, elle demande des soins de santé toujours plus nombreux et plus performants. Des soins de haute qualité et accessibles à l'ensemble de la population. Si nous examinons les ressources financières mises en œuvre, les services, les prestations ou l'accessibilité, nous devons reconnaître que la Belgique est à chaque fois performante dans une perspective européenne et internationale⁹. Il n'empêche que nous devons continuer à considérer les besoins au regard des ressources mises en œuvre. D'une part, la Belgique sort d'un rationnement des dépenses par rapport aux normes de croissance qu'il a fallu progressivement résoudre parce que les besoins étaient trop importants (d'abord 1,5% de la croissance réelle, puis 2,5%, aujourd'hui 4,5%, dont une partie sera affectée à un fonds de réserve dans les prochaines années). Parallèlement, nous observons un glissement vers davantage de cotisations personnelles et une présence croissante - bien qu'encore limitée - des assurances privées.

7 Plan d'action national belge d'inclusion sociale 2003-2005.

8 J. Pacolet, M. Borghgraef, Comptes relatifs à la santé en Belgique, SPP Politique scientifique, SPF Sécurité sociale, HIVA-KU Leuven, 2008.

9 J. Pacolet, D. Deliège, C. Artoisenet, G. Cattaert, V. Coudron, X. Leroy, A. Peetermans, C. Swine, Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique, SPF sécurité sociale, HIVA KULeuven et SESA UCL, Bruxelles

En dépit d'une orthodoxie budgétaire, il s'est avéré que de nouvelles et importantes catégories de financement des soins étaient possibles. Un grand nombre de nouvelles prestations ont pu prétendre à un remboursement plus élevé. On s'est aussi aperçu des limites des cotisations personnelles, des tickets modérateurs et des suppléments. La facture maximale a mis un frein à ces tickets modérateurs. Le gouvernement a compris les limites de ces cotisations personnelles et introduit la franchise sociale et fiscale dans l'assurance-maladie, la facture maximale. Ce système plafonne les tickets modérateurs en fonction des revenus du patient. Des recherches scientifiques ont montré à maintes reprises qu'il y réussit assez bien mais qu'il existe malgré tout des situations dans lesquelles des individus doivent payer plus de 5 à 10 % de leurs revenus en tickets modérateurs. À chaque fois, on découvre de nouvelles catégories oubliées de dépenses (au début les médicaments) ou de groupes de patients (actuellement les patients psychiatriques qui effectuent un séjour prolongé dans une institution psychiatrique), ou on s'aperçoit qu'une sélectivité encore plus grande est nécessaire (par exemple la tranche de revenus la plus basse pour laquelle il serait bon de plafonner les tickets modérateurs à 250 euros par an au lieu des 450 euros actuels)¹⁰.

Cependant, un autre point consiste à garantir l'accessibilité universelle et à éviter une dualisation. Aujourd'hui déjà, le secteur hospitalier semble connaître une fracture entre ceux qui ont une assurance hospitalisation et ceux qui n'en ont pas. Pour ceux qui souhaitent un peu plus de confort (le confort d'une chambre à un lit par exemple) et veulent payer pour en bénéficier, ce financement supplémentaire devient une nécessité pour les prestataires et les hôpitaux. Mais ce financement ne favorise-t-il pas précisément une nouvelle privatisation du secteur qui peut encore augmenter les coûts, ce qui renforce la dualisation ?

L'assurance hospitalisation montre bien qu'une partie des coûts d'hospitalisation n'est pas suffisamment couverte et que l'on a donc besoin d'une assurance privée. Dans ce cas-ci, c'est la chambre à un ou deux lits dans un hôpital qui entraîne un coût supplémentaire et un supplément d'honoraires et peut inciter à contracter une assurance complémentaire. Certains parlent de soins de confort (au Royaume-Uni on parle de 'topping up'¹¹) et pour ce petit extra, il faut payer davantage. L'assurance privée, individuelle ou d'entreprise, est dès lors de plus en plus fréquente. Cette assurance privée est inaccessible à de très nombreuses personnes. Elle risque d'ailleurs de devenir plus chère et moins abordable pour les plus âgés et d'être à la base d'une nouvelle dualisation. Pour nous, le simple droit à l'intimité dans une chambre seule (et cela n'aurait-il pas une influence sur les soins mêmes ?) illustre le fait que le système de soins doit suivre l'évolution générale du bien-être.

10 E. Schokkaert, J. Guillaume, A. Lecluyse, H. Avalosse, K. Cornelis, D. De Graeve, S. Devriese, J. Vanoverloop, C. Van De Voorde, Évaluation des effets de la facture maximale sur la consommation et l'accessibilité financière aux soins de santé, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Bruxelles, 2008.

11 La frontière entre les 'top ups' et les cotisations personnelles normales (co-payments) est très mince et elle peut avoir tout à coup d'énormes implications pour le patient. Au Royaume-Uni, un vif débat a récemment eu lieu au sein du NHS pour savoir si un patient cancéreux qui achète lui-même des médicaments supplémentaires pour lutter contre les symptômes ou prolonger la vie, a droit au NHS gratuit qui est déjà prévu. (J. Carvel, Topping up NHS cancer care with private drugs divides doctors, The Guardian, 10 juillet 2008). Le NHS voulait pousser le principe de l'égalité d'accès aux soins jusqu'à l'extrême en excluant du NHS ceux qui peuvent payer davantage. Ma défunte mère me disait toujours : 'Avec des principes, on peut mourir'.

Nous parlons ici de pauvreté par opposition aux problèmes de luxe. Mais n'est-ce pas là un bon exemple de dualisation des soins que nous désirons éviter ? En ne liant pas les soins au bien-être général, on crée le marché de la privatisation ('Privatisation par défaut'). Bien que la part des assurances privées - et les mutualités y participent aussi en tant qu'assurances sociales privées - reste limitée dans le total des dépenses (environ 4% des dépenses totales dans le secteur des soins), de nombreuses personnes sont déjà couvertes (environ 60 % de la population dont quelque 4 millions par le biais des assurances privées et 2 millions via les mutualités)¹². Ces chiffres sont à comparer à la pénétration des assurances pensions complémentaires : on suppose que 35 % déjà des pensionnés en ont une, et ce chiffre pourrait progressivement atteindre 50 % de la population active, l'espoir étant de réussir à toucher tout le monde. Un parti politique (le VLD) est récemment arrivé à la constatation que de très nombreuses personnes n'ont pas contracté une assurance indispensable, y compris une assurance hospitalisation, et souhaitait lancer un débat sur l'éventualité de la rendre obligatoire. Si cette nécessité est tellement évidente, pourquoi ne pas affecter la totalité des ressources qu'il faudra mobiliser à cet effet au renforcement du premier pilier de la sécurité sociale ?

_ L'AUGMENTATION DES FRAIS NON MÉDICAUX

Les besoins qui risquent de ne pas être couverts sont ceux provoqués par une maladie chronique, des soins de longue durée et surtout les soins aux personnes âgées. Ce nouveau risque social se manifeste surtout lorsque les gens vivent de plus en plus vieux et que leur nombre augmente de plus en plus (les générations du baby boom). Ces frais ont d'abord été signalés en ce qui concerne les soins aux personnes âgées, aussi bien en maison de repos qu'à domicile. Dans une étude récente, nous dressons l'inventaire de ces frais non médicaux pour les personnes qui vivent chez elles et bénéficient de la prime de l'assurance-soins flamande pour les soins à domicile et de proximité (actuellement 125 euros par mois)¹³. Les frais non médicaux qu'ils supportaient (cotisations personnelles pour les soins familiaux et l'aide au ménage, transport, matériel de soins, indemnisation des soins de proximité) s'élevaient en moyenne à 150 - 200 euros par mois et variaient de moins de 50 euros pour le décile le plus bas à plus de 600 euros pour le décile le plus élevé. Ces frais non médicaux ont entraîné une augmentation de 38% à 54% de la précarité du groupe des personnes âgées et dépendantes, alors que cette précarité était déjà élevée¹⁴. Dans les soins résidentiels également (maison de repos ou maison de repos et de soins), la participation personnelle ou le prix journalier payé par le résident représente une part exceptionnellement élevée du coût total si on la compare à d'autres pays, et de nombreux résidents sont incapables d'en payer le prix avec les seuls revenus de leur pension.

12 J. Pacolet, D. Deliège, C. Artoisenet, G. Cattaert, V. Coudron, X. Leroy, A. Peetermans, C. Swine, Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique, SPF sécurité sociale, HIVA KU Leuven et SESA UCL, Bruxelles

13 J. Pacolet, N. Spruytte, S. Merckx, Précarité en Flandre des malades chroniques dépendants à domicile : importance de l'assurance-soins flamande, HIVA, KU Leuven, 2008.

14 Pourcentage de familles dans la précarité c'est-à-dire dont le revenu (après déduction des frais non médicaux) est inférieur à 822 euros par mois et par unité de consommation, situation 2005.

Depuis une vingtaine d'années déjà, il y a un débat au niveau international et national à propos de la nécessité de créer une assurance-soins pour ce type de risque¹⁵. Sauf dans des circonstances de crise, il semble qu'il s'agisse là du délai normal pour créer de nouvelles institutions. En Belgique, nous avons montré qu'un certain nombre de risques de soins de longue durée ont trouvé progressivement (et de mieux en mieux) leur chemin vers le niveau fédéral (financement des maisons de repos et des MRS repris dans l'INAMI, meilleur remboursement des soins supplémentaires, meilleur financement des soins à domicile, introduction du forfait de soins pour les maladies chroniques, forfait pour les soins palliatifs, meilleure accessibilité et allocation d'aide aux personnes âgées). Nous avons évoqué la 'force tranquille' d'une assurance-soins implicite au niveau fédéral. Pourtant, cela ne suffit manifestement pas. De nouveaux besoins en matière de soins apparaissent clairement chez les malades chroniques. La preuve en est que l'actuelle ministre des affaires sociales et de la santé publique souhaite faire un nouvel effort en faveur de ce groupe de malades chroniques¹⁶.

Au niveau flamand, nous avons récemment montré comment avec des ressources limitées, l'assurance-soins flamande a pu mettre au point un système universel pour l'ensemble de la population. Ce système a très rapidement réussi à toucher l'ensemble du groupe cible et réalisé son objectif, à savoir couvrir certains frais non médicaux réels propres aux soins de longue durée et empêcher les gens de sombrer dans la pauvreté. Nous l'avons appelé un «miracle flamand»¹⁷.

Le versement d'une prime d'assurance-soins en Flandre, qui s'élève actuellement à 125 euros par mois, ramène cette précarité sous la barre des 40 %. Pour environ la moitié du groupe cible, les coûts restent insuffisamment compensés, ce qui signifie qu'une plus grande différenciation de l'intervention est nécessaire. Pour d'autres, il y a une surcompensation, mais celle-ci peut avoir effectivement amélioré quelque peu la situation de leurs revenus. Suffisamment pour les faire passer au-dessus du seuil de précarité qui, dans cette étude, est fixé à 822 euros par mois et par personne/unité de consommation. Du point de vue macroéconomique, l'assurance-soins flamande représente environ 0,11 % du PIB (produit intérieur brut). Chaque habitant de plus de 25 ans doit payer 10 ou 25 euros par an pour la financer. Les chiffres montrent que des ressources limitées peuvent malgré tout avoir un impact considérable. Même avec des ressources limitées, le gouvernement peut limiter de manière substantielle les coûts des soins de longue durée et les coûts supportés par les malades chroniques, leur évitant ainsi de tomber dans la précarité. C'est pourquoi, loin de tout débat institutionnel et indépendamment de la nécessité de continuer à améliorer le remboursement, au niveau fédéral, des frais supportés par les malades chroniques, nous défendons l'instauration d'une assurance-soins analogue en Communauté française, même s'il n'y a pas de marge budgétaire pour cela. On pourrait commencer par encaisser une cotisation de respectivement 10 et 25 euros, comme cela se fait en Flandre.

15 Au niveau international, on utilise aujourd'hui le terme de 'risque de soins de longue durée', qui nécessite une 'assurance soins de longue durée' (long term care insurance). En fait, ce terme fait clairement référence à la longueur des soins et donc aux soins prodigués à des malades chroniques ou à des personnes qui ont besoin d'une assistance de longue durée.

16 Ministre des Affaires sociales et de la santé publique L. Onkelinx, Priorité aux malades chroniques ! Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques 2009-2010, Bruxelles, 23 septembre 2008.

17 Voir Pacolet J., Deliège D., e.a., op.cit. et J. Pacolet, N. Spruytte, S. Merckx, op. cit.

En Belgique, la privatisation de l'assurance-soins reste encore limitée. Peut-être parce que le risque est suffisamment couvert ou parce que le pouvoir d'achat est insuffisant. Depuis longtemps déjà, nous mettons en doute le fait que le secteur privé puisse couvrir correctement ce risque (même aux USA, cette assurance vient à peine d'être lancée), mais en même temps, on ne peut exclure une privatisation. En France, par exemple, l'assurance-soins privée a du succès. Mais là aussi, on verra apparaître une privatisation et une dualisation si la protection sociale fait défaut.

CONCLUSION

Sous la pression du manque croissant de ressources, on en est arrivé au niveau international comme en Belgique, à un plaidoyer en faveur d'une protection sociale plus sélective. La tentation croissante de défendre des diminutions d'impôts, d'une part, et d'autre part, notre insupportable inertie à rehausser la participation de la population au marché du travail au moins jusqu'au niveau préconisé par les objectifs de Lisbonne¹⁸, font peser une pression toujours plus grande sur la sécurité sociale. Par conséquent, cette sécurité sociale évolue d'un côté vers un système d'assistance sociale et, de l'autre côté, une privatisation fait son entrée par le biais des formules des deuxième et troisième piliers. Dans le domaine des pensions, ce phénomène a déjà bien progressé en Belgique. En ce qui concerne les soins de santé et les soins aux personnes âgées, on constate que les choses se feront moins rapidement bien que les premiers signes apparaissent clairement (rôle de l'assurance hospitalisation). Le résultat est de plus en plus une assurance de base sur laquelle pèse la menace contenue dans l'adage 'designed for the poor is poorer by design'. La solution privée, pour ceux qui peuvent se le permettre, confirme l'hypothèse qui veut qu'une privatisation apparaisse lorsque l'initiative publique fait défaut : 'privatisation par défaut'.

La conclusion de notre observation de l'État-providence est qu'en ce qui concerne les trois grands piliers de la sécurité sociale belge, qui formeront dans le futur le gros des dépenses sociales et devront soutenir la transition démographique ou le coût du vieillissement, on peut observer des progrès considérables mais aussi des échecs. En raison de l'absence d'allocations liées au bien-être d'une part et d'une couverture insuffisante de certains coûts supportés par les malades chroniques d'autre part, mais surtout en raison du risque de dualisation et de l'apparition d'une privatisation, le système risque de ne pas être à la hauteur, ni pour l'ensemble de la population ni pour les personnes précarisées. Heureusement, il n'est pas trop tard et l'on peut encore inverser les deux tendances. Mais c'est une question de volonté politique et de conviction.

18 Un taux d'emploi de 70 % pour l'ensemble de la population, 60 % pour les femmes et 50 % pour les personnes entre 55 et 65 ans. Vus ainsi, ces chiffres en soi ne semblent pas ambitieux. Ce qui illustre peut-être le fait que nous sommes encore très loin du plein emploi.