



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Enseignement Supérieur Paramédical

SECTION : Cadres de santé

POLITIQUE & ECONOMIE

du système de SANTE

L'éducation, c'est passer de la certitude ignorante à l'incertitude réfléchie.

Cours appartenant à l'U.F. 4

Interface en soins de santé

Patrick VANTOMME

 vantompat@aol.com

Nom du fichier : ECONOMIE POLITIQUE SANTE

INTRODUCTION

Parmi les unités de formation, la quatrième du nom se dénomme « Interface en soins de santé » dans laquelle réside ce cours de *Politique et économie du système de santé*. Il n'est pas seul car c'est un ou une interface à facettes. Mais qu'est-ce qu'un ou une interface ?

Ce terme, où le préfixe inter- se retrouve¹, est utilisé en informatique, en chimie, en physique et en langage des signes. Il y est toujours question d'inter-actions, d'échanges, de communications ; l'interface en est le lieu². Donnons alors une définition de ce mot, devenu notion : « ce que chaque élément a besoin de connaître de l'autre et la manière de le connaître ».

Nous ne sommes pas bien loin de ce que nous avançons en *Psychosociologie*, histoire de continuité, mais nous irons plus loin. En effet, ces matières nous inviteront, nous entraîneront à prendre du recul ou de la hauteur, à nous distancier. La distanciation est un des deux éléments fondateurs de la démarche méthodologique ; l'autre, dialectiquement opposé, est l'implication.

L'approche sera donc macroscopique permettant une vision plus globale des phénomènes qui nous intéressent : la santé, le système de santé. Une ou plusieurs autres manières de voir et considérer ce que nous pensons connaître. Comme la sociologie, l'économie et la politique seront tantôt micro-, tantôt macro-. Pareillement qu'en sociologie, l'économie politique³ ira du général au particulier ; notre particulier étant la santé. D'ailleurs, il faudra la définir de manière politique et économique ; ce qui n'est pas chose aisée !

Politique et économie du système de santé. Malgré la conjonction de coordination, il s'avère difficile de les distinguer, de les étudier séparément et distinctement ; tellement que nous sommes tentés de décliner l'exercice. Nous pourrions évoquer la ou les politiques économiques en matière de santé. Il s'avère plus opportun de « faire » de l'économie politique. Pourquoi ? Les termes restant substantifs laissant ainsi le choix de l'approche, du moyen d'entrée !

Dans la réalité, y compris de ce cours, les substantifs seront trois. Trois éléments sociologiques sont particulièrement intriqués, parce qu'en interface, lorsque nous nous intéressons au système des soins de santé (mais pas que !). Il s'agit de la politique, de l'économie et du droit. L'économie de la santé est devenue une discipline à part entière compte tenu de l'avènement de la santé comme bien de consommation concomitamment, et de manière ambiguë, aux contingences du droit de la santé.

Première interrogation⁴ : faut-il parler du droit à la santé, du droit de la santé, du droit aux soins de santé, du droit d'accès aux soins de santé ? La question vaut son pesant d'or, un étalon économique.

¹ Comme dans inter-médiaire, ce préfixe signifie « entre ». Dans le même champ sémantique, il y a méso-.

² L'osmose et la catalyse s'y déroulent.

³ Nous utiliserons par facilité cette expression.

⁴ Mais qu'est-ce que l'économie ? Volontairement, nous commençons par la fin puisque cette matière se conclura par des notions de droit social, particulièrement au regard de notre Sécurité Sociale.

Nous partirons à la découverte de l'économie de la santé par cette notion de droit et la contradiction qui se révèle avec l'urgence budgétaire⁵ que nous connaissons.

Le droit de la santé trouve son fondement dans la Constitution, propre à nos pays hyper-développés, et de manière plus parlante encore, dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, présentée comme principe fondateur de la démocratie. Il y a celle de 1789 mais l'extrait qui suit provient de celle émise en 1948. Tiens !

L'article 25 de cette déclaration précise : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux, ainsi que les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la Sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.* »

Ainsi, nous percevons dans cet énoncé la notion économique et sa réponse politique, et donc institutionnelle, qu'est l'Etat-Providence ou Etat du Bien-Être dans sa version anglo-saxonne. Cette forme particulière d'intervention de l'Etat-Nation est apparue dans le contexte historique et sociologique du Mouvement Ouvrier et de la démocratie naissante : elle est appelée « social-démocratie ». L'Etat-Providence est celui qui intervient activement dans les domaines économiques et sociaux dans le but d'assurer des prestations aux citoyens. Cette mutation profonde des rôles et de l'influence de l'Etat qui de géographiques et historiques allaient devenir politiques et sociaux, va de pair avec le passage sous l'effet du capitalisme d'une société-corps à une société-marché.

Cet Etat « moderne et progressiste » s'est élaboré par bonds bien souvent consécutifs à de grandes crises ou conflits comme le sont les guerres. Ces dernières imposent à une reformulation de l'ordre après le désordre ; c'est ainsi que subséquemment à la Seconde Guerre Mondiale, le plan Beveridge a pu voir le jour et a imprimé à titre d'instigateur et de modèle les « Sécurité Sociale » de nos pays occidentaux. La Sécurité Sociale témoigne encore maintenant, par son fonctionnement institutionnalisé⁶, qu'elle est à la fois le monument le plus important du patrimoine de la classe ouvrière et la pièce maîtresse de l'Etat-Providence.

La crise⁷ de cette conception de l'Etat révèle bien la contradiction entre cette notion de droit(s) et l'économie du secteur qui l'institutionnalise, exigences sociales *versus* contraintes économiques. Cet antagonisme peut être résumé par la question suivante : *quelle place accorder à l'économie de la santé lorsque la représentation sociale dominante affirme que la santé n'a pas de prix ?* Cette question est éminemment politique. C'est donc par ce substantif que nous débiterons !

⁵ Et peut-être même philosophique car sociétale !

⁶ L'interposition des syndicats dans les institutions de la Sécurité Sociale dont l'organisation est paritaire signale bien cet antécédent.

⁷ Rappel : équivalent sociétal de *stress*.

POLITIQUE

Nous définirons d'abord « politique » puisqu'il est premier, au moins sur le dossier pédagogique de cette unité de formation. Il est à la fois substantif, féminin et masculin, et adjectif et ... bien mal compris. Nous définirons ensuite le deuxième mot, « économie ». En réalité, comme déjà signalé, nous étudierons l'économie politique, les économies politiques. Puisqu'activité humaine, puisque science humaine, l'économie politique est aussi marquée de paradigmes. Nous appliquerons ensuite ces raisonnements et ses débats au système de santé, et particulièrement le nôtre⁸.

Notre économie comme notre politique sont en interface avec d'autres économies et politiques⁹. Voilà une évidence sociale et sociologique à la fois ! Nous terminerons par le moyen dont dispose le/la politique pour influencer l'économie : autrement dit le droit, ici social. Une institution est donc nécessaire, c'est la Sécurité Sociale qui a structuré et structure encore notre système de santé.

« **Politique** », voilà presque un mot qui fait peur : désaveu de la chose politique lorsqu'elle est politicienne, je veux dire, électoraliste¹⁰. Pourtant, c'est bel et bien cette « chose », cette « substance » que vous êtes venu chercher. Etre cadre, c'est avoir un rôle politique sinon qu'est-ce alors que l'autorité ? N'allez-vous pas assurer, au moins, la « police » de votre unité de soins ?

Souvent l'étymologie nous aide à dépasser le sens commun, l'origine du mot est grec et la notion aussi. Le mot « politique » dérive de *polis*, qui signifie la cité. Depuis que l'homme vit en groupe¹¹ : communauté ou société, la question politique est présente et s'exprime ainsi : comment vivre ensemble ? Cette interrogation fondamentale s'exprime même dans la triple¹² déclinaison du terme : *politikos*, *politeia* ou *politikè*, telle est la question ! La politique peut se définir à la fois comme forme de civilité et de civilisation, comme structure de fonctionnement d'un groupe et comme exercice¹³ du pouvoir. La lecture se fait souvent dans l'autre sens !

Un peu d'histoire pour rendre encore plus explicite cette notion. D'abord, pour Platon et « sa République », c'est l'art de gouverner une cité-Etat. Cette association qui a eu cours dans l'histoire s'est vidée¹⁴. Mais cet élément historique entretient l'amalgame qui fait dire que la politique, c'est l'Etat ! Non ... ou l'affaire de l'Etat ? Pas plus ! Elle rappelle néanmoins la notion de territoire, de la géographie politique. Deux notions, presque paradigmatiques, déjà nous apparaissent : unitarisme

⁸ Même si nous irons voir ailleurs, il y a là aussi une démarche macroscopique.

⁹ Ce propos peut convenir à un Etat-nation, à un hôpital et même à une unité de soins ou un ménage.

¹⁰ L'électoralisme et le népotisme qu'il peut engendrer peuvent être considérés comme une forme de commerce politique. Cette pratique ou cette dérive, question de norme, est ancienne à en croire J.-J. Rousseau.

¹¹ c'est-à-dire depuis toujours !

¹² Les trois métiers impossibles se déclinent à chaque fois, curieux !

¹³ voire art...

¹⁴ En dehors du Vatican et de quelques autres, il n'y a guère de cités-Etats de nos jours.

ou fédéralisme ! Platon, Aristote, les Grecs, ont-ils « inventé » la politique ? Non mais ils l'ont pensé(e), conceptualisé(e) en premier.

Les Lumières, leur siècle, vont remettre à et au jour la pensée et les connaissances par l'avènement de la philosophie. Cette dernière, curieuse de tout, va se spécialiser pour donner naissance à nombre de disciplines voire de sciences : sociologie, économie, ... Montesquieu¹⁵ s'intéresse à la « chose » politique en prenant un cas d'école. Il étudie les « *causes de la grandeur des Romains et de leur décadence* ». Ces « *considérations* » sont, en réalité, le travail préliminaire, par la distanciation qu'il autorise, à son œuvre majeure : *De l'esprit des lois*. En étudiant les lois, il analyse les institutions et donc la société qui les met en place au service de valeurs ... politiques.

En s'inspirant d'Aristote¹⁶, Montesquieu avancera alors une typologie des régimes politiques. Il y place : la monarchie, le despotisme¹⁷, la république aristocratique et la république démocratique. Un régime¹⁸ politique est donc une forme de gouvernement, conditionnant ses structures de fonctionnement, ses institutions et, j'allais l'oublier, son idéologie.

La mon-archie est dirigée par un et un seul individu. Cette autorité peut être plus ou moins limitée puisque la monarchie peut être absolue ou constitutionnelle voire parlementaire. Une monarchie absolue peut, dans certains cas, être considérée comme une forme de despotisme¹⁹. Tout autant, une république peut l'être ou le devenir ; bien que nous parlons désormais de totalitarisme. Né de l'avènement du nazisme²⁰, ce concept se révèle plus abouti ajoutant le monopole idéologique.

La république²¹ voit son chef élu. Le mode d'élection, les conditions de celui-ci et les modalités du suffrage restent déterminantes. S'ils se réalisent au sein d'un groupe ou d'une communauté, la république est alors dite aristocratique²². C'est le modèle de la cité antique, dirigée par des magistrats-philosophes, les meilleurs²³ ou les plus compétents. Dans le fil historique, nous retrouverons cette polarisation sociale : les patriciens à Rome, la noblesse de l'Ancien Régime jusqu'au vote censitaire. Cette forme de gouvernement s'organise autour de l'intérêt de quelques-uns, une élite parmi les hommes et les citoyens.

Poursuivons cette typologie en y ajoutant la notion de partis permettant ainsi de définir une république totalitaire comme dotée d'un seul et unique parti. Une république n'est donc pas nécessairement démocratique puisqu'elle peut être « absolue », présidentielle ou parlementaire. Le principe de la république démocratique est alors le multipartisme ou pluralisme politique. Ce régime

¹⁵ déjà présenté, n'hésitez à pas à consommer le plaisir de relire y compris un cours !

¹⁶ Il deviendra adjectif !

¹⁷ Aristote parlait lui de tyrannie.

¹⁸ Il y a presque une tautologie dans ce mariage puisque « régime » est issu d'un verbe latin signifiant « diriger ».

¹⁹ Il exista et existe et existera des despotes éclairés.

²⁰ Lire sur ce point (noir) Hannah Arendt.

²¹ Signifie littéralement : « l'intérêt publique »

²² Aristote est un *pote* à Platon.

²³ Là réside l'étymologie d'aristo-.

permet, autorise voire favorise, la coexistence des idéologies par le droit à les exprimer et même de s'organiser pour influencer, influencer la conduite des affaires publiques. Malgré le pluralisme, la tendance est à les polariser²⁴ reste très marquée : majorité vs opposition, gauche vs droite, conservateurs vs réformateurs. Pour Churchill²⁵, « *la démocratie est le pire système de gouvernement, à l'exception de tous les autres qui ont pu être expérimentés dans l'histoire* ».

Comme le plaide J.-J. Rousseau, la démocratie ne peut être que directe. Ce propos rend alors utopique, impossible, l'idée même de démocratie. Comment faire participer l'ensemble du peuple, des citoyens²⁶ ? En portant son attention ailleurs, Alexis de Tocqueville nous amène le concept de démocratie indirecte, c'est-à-dire représentative. Les partis politiques et la notion de mandat vont permettre au régime démocratique de fonctionner, portant en avant l'idée de liberté(s). Il est temps d'évoquer un élément stratégique, avancé par notre « baron » en sciences politiques.

Que nous dit encore Montesquieu ? Au décours de sa classification des formes de gouvernement, il pose la problématique du pouvoir²⁷ et plus encore de sa distribution. Ce concept fondateur de la démocratie sera mis en œuvre par la Révolution Française en devenant la séparation des pouvoirs.

Ces pouvoirs, séparés ou à séparer, sont : le pouvoir législatif, le pouvoir exécutif et le pouvoir judiciaire²⁸. Leur séparation, bien plus que leur distribution, est dès lors conçue comme principe démocratique. En organisant de la sorte cette répartition, la notion de contre-pouvoir peut affleurer. Elle vise à limiter les abus et/ou harmoniser les intérêts des parties du tout que forme la société.

Ils sont décrits comme fonctions de l'Etat²⁹ qui pour les rendre opérantes va les institutionnaliser. Dans une démocratie représentative, le premier, le pouvoir législatif est porté par le Parlement³⁰. Cette assemblée de la nation légifère et contrôle l'action de l'exécutif, notre second. Représentant le peuple, cette institution va, au fil de l'histoire, se dédoubler en deux chambres. Le bicamérisme est caractérisé par la coexistence d'une chambre haute, appelée Sénat, et d'une chambre basse, celle des députés. Historiquement, la chambre haute³¹ représentait la noblesse tandis que l'autre représentait le peuple, dit le Tiers-Etat. Cette partition, distinction sociale, est un héritage féodal, celui de la structuration de la société. Cette caractéristique se retrouve non seulement dans les termes mais également dans les modes de scrutin ou la durée du mandat. De fait, la « société » se composait de la noblesse, c'est-à-dire ceux qui font la guerre, suivie du clergé, ceux qui prient ; avant que n'apparaisse ce troisième état de la société, ceux qui travaillent, soit la bourgeoisie³². Le

²⁴ Attention : polarisation n'est pas pilarisation !

²⁵ Lors d'un discours devant la Chambre des Communes, le 11 novembre 1947.

²⁶ Cette notion n'a pas nécessairement rassemblé l'ensemble des hommes (et des femmes).

²⁷ Il utilisait plus volontiers le terme de « puissance ».

²⁸ Vous remarquerez que l'énumération exprime un ordre (*sic*), une hiérarchie.

²⁹ Laissons pour l'instant ce terme en l'état !

³⁰ Cette appellation peut varier d'un pays à un autre : la Diète est aussi utilisée.

³¹ La Chambre des Lords en Grande-Bretagne, par exemple.

³² Il manque du « monde » mais je vous rappelle que le suffrage est devenu universel en 1946.

parlement est donc le lieu où les représentants de la nation³³ discutent les lois. Il a également, mis variablement, la possibilité de contrôler et même de dissoudre le gouvernement, c'est le cas du régime parlementaire³⁴.

Le deuxième pouvoir, sous le premier, est celui qui va exécuter, autrement dit, mettre en œuvre la politique exprimé par les lois. Le pouvoir exécutif est assuré par le gouvernement et ses ministères. Nous retrouvons d'ailleurs notre distinction entre régime présidentiel et régime parlementaire. Dans le premier cas, l'exécutif est dirigé par le président ou le monarque, il est donc chef d'état et de gouvernement. Dans le second, les missions et responsabilités sont partagées entre cette fonction et celle de premier ministre. L'exécutif peut produire des règlements que nous différencierons plus loin des lois. Il l'organise l'ensemble à l'aide de ses ad-ministrations.

Enfin, le dernier pouvoir peut se mettre en place le pouvoir judiciaire. Il assure le respect de l'application des lois, codes et autres règlements. Sous cette appellation se retrouvent diverses institutions comme par la justice, composée de cours et de tribunaux, aidée dans son œuvre par la police (*polis*), sans oublier les prisons³⁵.

Deux questions sont restées en suspens : qu'est-ce qu'un Etat ? Que sont les lois ?

Un état n'est pas forcément de droit. Une nation peut être composée de plusieurs états. Nous l'avons compris, l'état peut prendre diverses formes³⁶ mais ne peut, en aucun cas, se résumer en son administration, devenue bureaucratie. Dialectiquement, y a-t-il des sociétés sans état ? La question devient alors anthropologique. Il nous faut probablement recourir la distinction sociologique entre société et communauté.

Qu'est-ce alors que l'Etat ? Il est une institution centrale, centralisée et centralisatrice qui n'a cessé de grandir et d'augmenter son degré d'interventions. L'Etat est un vaste système. C'est là que la notion fait débats. Cette « évolution » nous sera utile dans l'étude des différents modèles économiques, y compris en regard de la santé. Reprenons donc l'histoire pour éclairer cette notion avec celle des fonctions régaliennes. « L'Etat, c'est moi » disait le Roi³⁷ et de nos jours, ne parle-t-on pas de la souveraineté de l'Etat ? Les fonctions régaliennes sont les fonctions exclusives du roi ou de l'Etat, qu'il ne peut déléguer ou (dé)laisser : faire la loi, faire la guerre, battre monnaie, prélever l'impôt ... Les ministères régaliens sont la Défense, les Affaires Etrangères³⁸, la Justice, l'Intérieur et les Finances.

L'économie n'y est pas et le débat politique, paradigmatiquement, pourra prendre sa place. Il y aura les tenants de l'état minimal et les autres. En effet, au cours de l'histoire, y compris celle des idées,

³³ et non de l'Etat, donc !

³⁴ Le régime peut être présidentiel, et là, c'est l'inverse.

³⁵ Je recommande vivement la lecture suivante : « Surveiller et punir ».

³⁶ ou « l'état peut prendre différents états » !

³⁷ Faites toujours attention à l'usage des majuscules... L'exemple utile est : église et Eglise, ou encore roi, Roi et ROI.

³⁸ la diplomatie

le nombre de « pouvoirs », de compétences³⁹ que s'alloue un Etat peut s'élargir. Ainsi, l'état peut intervenir de manière plus ou moins forte dans/sur/pour l'instruction devenue éducation, le social par le logement, l'emploi, la famille, la culture, sans oublier la santé. Dans tous les cas de figure, l'Etat détient le « *monopole de la violence légitime*⁴⁰ ».

La dernière question concerne la notion même de loi. Nous écrivions plus haut que « le droit de la santé trouve son fondement dans la Constitution ». Le droit, c'est l'ensemble des règles, des normes qui s'imposent aux membres d'une société, disposant ainsi pour chaque partie de droits et de devoirs. L'Etat n'y échappe pas, s'il est de droit. Il n'y a pas la place pour mener les nuances entre droit, morale et éthique. La loi est une source du droit et là aussi, il y a nécessité de les hiérarchiser, sous la forme d'une pyramide. La constitution en est le plus haut sommet et doit pourtant être considérée comme la base. D'elle va découler les autres formes : les lois, puis ses subordonnés que sont dans l'ordre, toujours : les arrêtés ou décrets, les règlements sans oublier la jurisprudence⁴¹.

Retenons encore que les sciences politiques visent essentiellement à dissocier les valeurs des faits... politiques. Mais alors, « *tout est politique* » et la politique organise l'impératif social du collectif, du vivre ensemble. La politique organise donc, formellement ou non, des rapports de force mais plus encore des rapports de sens⁴². Ces rapports, intimement liés, construisent et détruisent, détruisent et reconstruisent la cité⁴³. Indubitablement, la politique fait partie du social comme l'économie ou la religion. « *Tout est politique mais rien n'est uniquement politique* ».

Du pouvoir : Crozier et Friedberg nous ont annoncé que tous, nous en avons bien que nous n'ayons pas tous l'autorité⁴⁴. Nous avons tous du pouvoir mais il ne s'exerce pas nécessairement, mais en puissance, nous sommes acteurs ! Qu'est-ce alors que cette « substance » qui s'incarne parfois en nous et par le groupe ? Pour Weber, c'est « *une chance* » où la force de l'un dépend de la résistance de l'autre, ou l'inverse. Il n'y a donc aucun pouvoir qui soit sans contre-pouvoir, puisque la relation lui est consubstantielle.

Nous évoquions précédemment l'anthropologie ; cette dernière propose trois piliers du pouvoir : la force, la maîtrise des ressources et l'imaginaire. La force, la contrainte, la coercition ou au moins sa menace représente bien une possibilité à imposer sa volonté à autrui. Les ressources sont

³⁹ Avez-vous remarqué le mariage ?

⁴⁰ Cette conceptualisation que nous devons à Weber vaut à la fois pour le cours de politique que pour celui d'économie. Max Weber, souvent sollicité, était d'abord économiste. Son premier livre est : « *Economie et Société* ».

⁴¹ Cette hiérarchie se retrouve aussi dans le droit, et donc dans le Code du Travail. Un contrat ne peut être anticonstitutionnel au règlement (de travail), à la Convention Collective (de travail) et encore moins à une décision du Conseil National du Travail.

⁴² Cette notion de sens se retrouve dans la notion d'idéologies comme dans la notion de valeurs, ici politiques. Une idéologie est un système de valeurs. La notion de valeur sera bien entendu approchée dans le cours d'économie aussi.

⁴³ Je vous renvoie lire la 9^{ème} ... note de bas de page.

⁴⁴ Cette formule est bien pure encore que l'anarchie, qui ne dure, ni ne résiste jamais longtemps à la dynamique.

nombreuses et leur maîtrise confère à son propriétaire⁴⁵ une certaine puissance sur ceux qui en dépendent ou en ont besoin. Le dernier vous aura probablement étonné et là, une formule de Napoléon résume l'emprise : « *Un chef vend de l'espérance*⁴⁶ ». L'imaginaire, c'est le monde des idées et qu'un système d'idées est une idéologie. Les symboles et pratiques symboliques sont nombreux, l'idéologie est maîtresse et habile en la matière comme en la manière. Le charisme en est probablement l'archétype ; nous découvrirons que l'hôpital exécute aussi de pareilles fonctions.

A propos d'emprise et de symbolique, la grammaire est également une norme, et donc un instrument de coercition. Politique, est-ce féminin ou masculin ? Cette division, est-elle sexuelle ou de genre ? Depuis la nuit des temps, soit depuis le temps des chasseurs-cueilleurs, partis à la chasse ou faire la guerre, que se passe-t-il à la maison ? Qui fait le ménage ? Notre deuxième notion à définir est clairement du genre féminin. L'économie est domestique avant d'être publique mais est-ce singulier ou pluriel ?

⁴⁵ Ce genre de phrases sent l'économie.

⁴⁶ Page 71 de votre cours de Psychosociologie. Il n'était pas *Prof* de cette matière.

ECONOMIE

L'économie existait bien avant qu'une science, qu'une discipline scientifique ne se dénomme de la sorte. Tout autant que notre premier, l'économie naît du social, elle naît d'une contrainte sociale, celle du « vivre ensemble » en y ajoutant même l'environnement. Culture et nature se mélangent !

Vous avez dit : « **économie** » mais économie ou économies. L'exercice conceptuel s'interdisant l'amalgame, distinguons d'abord le singulier du pluriel : faire l'économie et faire des économies. Malgré son article indéterminé, c'est le sens dominant nos représentations sociales, associé alors avec des verbes comme épargner, amasser, thésauriser, ... « *La peste soit de l'avarice...* » ! La confusion se poursuit même entre économie, finances, budget et comptabilité.

Etymologiquement, alors, nous y retrouvons *nomos* et surtout éco- qui dérive d'un mot grec, *oïkos*, signifiant maison, logis ou ménage⁴⁷. Nous passons donc de la cité à la maison ! L'économie, c'est de l'administration domestique. Plus tard, le mot s'écrira *œconomie* et va étendre sa signification. Elle devient une « *partie de la morale qui apprend à bien gouverner* ». L'économie a quitté la maison pour rejoindre la cité. La notion d'*Homo Œconomicus* pose l'idée que tout homme⁴⁸ fait de l'économie, et donc de la politique. La pensée économique deviendra ensuite une science humaine⁴⁹.

Je vous laisse d'abord la définition d'un professeur d'économie, devenu premier ministre : « *L'économie analyse et explique les modalités selon lesquelles un individu ou une société affecte des moyens limités à la satisfaction de besoins nombreux et illimités*⁵⁰ ». Pourtant, j'aime assez dire que l'économie étudie les comportements humains devant des ressources limitées voire rares mais sollicitées par des fins multiples et surtout illimitées⁵¹. Vous aurez déjà remarqué la polarité inverse entre fins et moyens, quoique la notion de fins ne puisse être confondue avec celle de besoins.

L'économie est donc le raisonnement qui conduit au choix dans l'allocation des moyens. Le critère fondateur du choix économique est la maximisation sous contrainte ; la contrainte étant la rareté des ressources. Le choix, ou plus exactement, la décision est alors motivée. L'économie est politique !

L'économie est une science sociale, humaine, et ce malgré ses attributs de sciences exactes que sont : calculs, équations et autres modèles mathématiques, statistiques⁵² et donc abstraits. Ceux-ci sont rassemblés sous l'appellation d'économétrie. Les apparences sont souvent trompeuses⁵³. Si elle est humaine, elle est donc traversée de débats et de paradigmes comme autant de courants de

⁴⁷ Il sera question de cette notion en Sécurité Sociale.

⁴⁸ Qu'est devenue la maîtresse de maison ?

⁴⁹ Fallait-il l'écrire ?

⁵⁰ R. Barre, *Traité d'Économie Politique*, Thémis économie, PUF, 1959.

⁵¹ Ce dernier adjectif peut être remplacé par « insatiables ».

⁵² Je vous renvoie sa définition étymologique évoquant la notion d'état et celle d'arithmétique politique.

⁵³ Il y a là liens plus qu'évidents avec nos cours de Méthodologies de recherche.

pensée. Nous pourrions étudier les points de vue suivants : les mercantilistes, les classiques, les marxistes⁵⁴, les libéraux, les keynésiens, les institutionnalistes, etc.. Bien que l'énumération n'en témoigne guère, indéniablement, ces modèles sont historiquement situés, culturellement et politiquement positionnés : ils portent, de ce fait, une marque idéologique.

Tentons une histoire de la pensée économique. Au commencement, il y avait la question de la survie. Malgré sa tendance, sa propension à l'égoïsme⁵⁵, l'Homme est d'une relative fragilité, face à l'environnement. C'est ainsi qu'il préfère des solutions collectives et deviendra paradoxalement une créature sociale et coopérative. Nous hésitons encore souvent entre notre instinct d'agression et celui de coopération, entre notre instinct de fuite et celui de coopération.

La pensée politique est née bien avant la pensée économique. En effet, les deux ancestrales et anthropologiques solutions pour organiser cette coopération ne sont pas économiques mais politiques. Ces deux options sont : la tradition et/ou l'autorité. A ce stade (*sic*), l'économie n'était pas nécessaire, du moins en tant que pensée ou science, en tant que mode d'explication. L'économie et donc les échanges, et ce compris le commerce, était régulée, coordonnée par ces principes qui n'organisaient d'ailleurs pas que l'économie.

Le commerce est une « vieille » pratique sociale, les tablettes assyriennes en témoignent. Il nous faut portant distinguer commerçant, parfois appelé négociant, de marchand. La nuance nous permettra d'ailleurs de saisir la différence entre marchand et non-marchand. Faire commerce, c'est échanger. Le commerce est basé sur l'échange : le don et le contre-don, le donnant-donnant. Cette notion d'échange se retrouve bien entendu en économie⁵⁶. Le commerce est donc une manière de se comporter avec autrui, proprement social donc. Ce n'est pas un hasard si *commerce* sonne comme *communication* !

Justement, lorsque la communauté céda la place à la société, l'autorité et les coutumes ne suffiront plus à réguler voire à régler les affaires qu'elles soient publiques ou domestiques. La raison de cette évolution se retrouve, en partie, dans ce titre « *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* ». L'économie politique est là : une religion, parce qu'idéologie est éminemment politique et que le capitalisme est une notion proprement économique. D'une certaine manière, nous pouvons avancer que c'est l'avènement du capitalisme qui va faire naître l'économie en tant que science.

⁵⁴ Les dérivés de l'histoire comme de la pensée de Karl Marx, le sociologue, font utiliser préférentiellement le terme « marxien » à celui de marxiste.

⁵⁵ Ce n'est pas le cas des animaux dits sociaux comme les fourmis ou les abeilles.

⁵⁶ Si tout le monde fait de l'économie, c'est que tout le monde commerce. Molière fait dire à l'un des personnages du *Bourgeois gentilhomme* : « ...cette marquise agréable chez qui j'avais commerce... ».

Le discrédit de l'Église catholique et le « schisme religieux », ou plus exactement la Réforme, ne sont pas seuls à expliquer la montée du capitalisme. Revenons-en à notre question. Après la tradition et l'autorité, nous cherchons une troisième manière de réguler les échanges (commerciaux), justifiant l'économie non plus en tant que pensée mais en tant que mode d'explication. C'est un événement sociologique majeur qui se cristallise dans ou par la Révolution Française⁵⁷ et marquera une évolution sociétale et sociétale dénommée démocratie. Le capitalisme serait-il un « enfant de la démocratie » ?

Cette idée démocratique peut se résumer ainsi : chaque individu peut faire ce qui lui semble bon dans le respect de certaines règles. Pour Rousseau, ces règles résident dans le « contrat social⁵⁸ », caractéristique de la société. D'un point de vue sociologique, société n'est pas communauté car le mode de solidarité n'est plus mécanique mais organique. Du point de vue économique, cette règle qui organise, c'est le marché⁵⁹ où chacun et tous agissent au mieux de leur intérêt, y compris pécuniaire. Ainsi, cette évolution politique et économique allait faire apparaître, « par-dessus le marché », la notion de profit, celle du gain⁶⁰. L'interface des deux gains allait opérer par une *nomos* que Smith dénomme « main invisible » à la place de la Providence et/ou du Roi.

Adam Smith, écossais de surcroît, est considéré comme le père de l'économie, de la science économique. Philosophe⁶¹ de métier, il nous propose d'abord sa « *Théorie des sentiments moraux* » mais c'est dans « *De la richesse des nations*⁶² » qu'il conceptualise cette notion de main invisible, autrement la loi du marché, celle de l'offre et de la demande. Et si on parlait du commerce de bouche qu'est le boucher. L'exemple n'est pas mien mais bien de Smith lorsqu'il théorise la notion de profit, de gain, soit l'intérêt, cette notion toute individualiste et par là démocratique. Je ne peux que le citer : « *Nous n'attendons pas notre dîner de la bienveillance du boucher, (...) mais bien de la considération qu'il a de son propre intérêt. Nous nous adressons non à pas à son humanité mais à son égoïsme (...)* ».

Le facteur régulateur des intérêts, comme des besoins⁶³, c'est la concurrence qui se concrétise, se réalise dans et par le marché. Que pouvons-nous trouver au marché ? Nous y trouvons des biens ainsi que deux catégories d'acteurs. Le marché est le lieu de rencontre des tenants de l'offre d'un bien et ceux de la demande de ce même bien, donnant lieu à un échange sur base d'un prix. Certains biens sont, à l'époque, considérés comme libres : l'air et l'eau sont des exemples en économie classique. Les autres ont comme caractéristique d'être disponibles mais de manière limitée, certains

⁵⁷ La Révolution Française et la Révolution Industrielle sont deux événements notoires dans le mode de compréhension proposée par la sociologie tant du point de vue politique qu'économique.

⁵⁸ *Du contrat social ou principes du droit politique*

⁵⁹ Que signifie « passer un marché » sinon que négocier un contrat ?

⁶⁰ Le donnant-donnant est bien un précurseur du gagnant-gagnant !

⁶¹ Comme quoi, il faut se poser des questions avant de prétendre poser une réponse, fût-elle scientifique ?

⁶² Le titre exact parce que complet est « *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations* ».

⁶³ Nous y arriverons bien assez tôt.

sont même rares, très rares. Ainsi, c'est leur relative disponibilité, voire leur rareté qui « fixe le tarif » et ce bien plus que leur utilité.

Reprenons un exemple tout smithien, l'eau⁶⁴ est un bien extrêmement utile, pour ne pas dire indispensable. A l'opposé, un diamant est inutile mais parce qu'il est rare et que cette rareté lui accorde un prix élevé, il en devient un bien prestigieux⁶⁵. Qu'est-ce qu'alors que le prix ? Il est l'expression de la valeur de ce bien⁶⁶. Voilà une notion à la fois philosophique, politique et économique ! Nous pouvons donc considérer qu'il existe et que coexistent trois types de valeurs : la valeur d'usage, la valeur symbolique et la valeur d'échange.

Il nous manque un élément : la monnaie qui sert à l'échange. La monnaie⁶⁷, qui relève d'une fonction régaliennne de l'Etat, sert à représenter la valeur du bien échangé, et ce de manière consensuelle. Elle est média, donc intermédiaire, et de surcroît, est un instrument de mesure qui nécessite d'y faire confiance.

« *T'as la monnaie ?* » et là se pose la question du revenu qui procure la possibilité d'accéder au marché et donc au bien désiré. Il s'agit bien de subvenir aux besoins ou aux désirs. Classiquement toujours, nous pouvons reconnaître trois formes de revenu : la rente, le salaire et l'intérêt. Il s'agit de trois manières de s'assurer un revenu. La rente⁶⁸ était exclusivement foncière et le revenu est alors généré par les matières premières dites ressources naturelles⁶⁹. La notion de propriété (privée) affleure rapidement à celle de revenu. Le salaire est alors le revenu tiré du travail, du labeur⁷⁰. Enfin, l'intérêt est le revenu du capital. Gros avantage concurrentiel du capital par rapport aux deux premiers : il permet l'épargne⁷¹ qui est, dès lors, à considérer comme l'inverse de la consommation. De l'épargne va naître la notion d'investissement et la bourse peut également voir le jour. La Bourse, c'est le marché des capitaux !

Les ressources naturelles, le travail et le capital ont leur marché. Dans l'économie moderne, ces éléments seront dénommés facteurs de production. Par la suite, la notion de capital s'élargira : capital financier, capital économique, mais aussi capital social ou culturel. Toute la symbolique se poursuit, y compris lorsqu'on énonce que la santé est un capital. C'est qu'il y a un marché de la santé et donc une économie de la santé.

Pour Smith, encore, dans sa théorie de la valeur, le travail augmente la valeur d'un bien. En le transformant, il en transforme la valeur⁷². Le capitalisme va aussi entraîner des effets sur le travail,

⁶⁴ Cette « vérité » doit être relativité parce qu'elle néglige l'aspect qualitatif de ces biens.

⁶⁵ La socialisation par anticipation trouve avec les consommations ostentatoires une explication socio-économique.

⁶⁶ Nous dirons plus tard « biens et services ».

⁶⁷ Qu'elle soit d'or, métal rare et longtemps étalon, ou d'argent, ou encore plus lorsqu'elle devient papier c'est-à-dire scripturale, elle se dématérialisera encore.

⁶⁸ Ce terme prendra une tout autre dimension avec l'Etat-Providence et son enfant prodige, la Sécurité Sociale.

⁶⁹ Certaines sont épuisables et d'autres sont renouvelables.

⁷⁰ Il y a le rentier des terres et celui qui les laboure. Le contraire de labeur est loisir ou chômage ?!

⁷¹ Ne pas dépenser, c'est épargner et pas nécessairement faire des économies.

⁷² « *C'est dingue...* » le nombre de considérations qui peut s'appliquer au management ou au leadership !

il va même permettre la Révolution Industrielle. En prenant l'exemple d'une manufacture d'épingles, Adam Smith poursuit sa logique en suggérant d'intervenir sur le travail, c'est-à-dire sur l'ouvrier. Il propose donc la division technique du travail, théorie qui sera reprise, et plus encore appliquée par F.W. Taylor⁷³. En modifiant le processus de fabrication, de production donc, Smith vise une augmentation d'efficacité du travail, augmentant ainsi la productivité de l'ouvrier. Cette dernière permet d'accroître la rentabilité⁷⁴ et ainsi la croissance économique, caractérisée par l'augmentation des richesses.

Certes, Adam Smith est un classique mais l'économie classique est une économie libérée de ..., libérale. Nous retrouvons la contingence entre l'économie et le politique, la contingence idéologique. La « main invisible », c'est la liberté⁷⁵ et c'est l'intérêt individuel qui régule le marché sans autre intervention, surtout pas celle de l'Etat. Les marchés s'autorégulent, ils sont autonomes.

Il est temps de retrouver le paradigme controlatéral du libéralisme : la théorie marxienne. L'avènement du capitalisme couplé à la Révolution Industrielle a conduit à l'apparition de deux nouvelles classes sociales. Le matérialisme dialectique de Karl Marx oppose d'une part, les bourgeois capitalistes, propriétaires des moyens de production ; et d'autre part, les ouvriers réduits à vendre leur force de travail pour vivre. Les termes de la lutte des classes sont posés : les exploiters sont riches, les exploités sont pauvres⁷⁶. De fait, le capitalisme et l'industrialisation ont conduit à l'urbanisation mais aussi à la paupérisation urbaine. Les esclaves et les domestiques⁷⁷ ont « disparu » car le travail n'est qu'une marchandise, transformant l'artisan en ouvrier. Marx dénomme cet état social : le prolétariat. La caractéristique majeure en est la dépossession du sens du travail, le rendant inhumain. Pour Marx, c'est une nouvelle forme d'aliénation. Cette aliénation ira croissante avec les développements technologiques. Autrement dit, la machine de plus en plus performante va irrémédiablement reléguer l'ouvrier à un rouage de l'industrie, une pièce de la machinerie industrielle, et donc capitaliste. Cette position radicale et révolutionnaire sera nuancée et donnera naissance au socialisme que nous retrouverons « démocratiquement » avec Keynes.

Il nous faut encore évoquer, sans éteindre la liste des penseurs en économie, deux noms : Pareto et Engel. Ils permettront de reprendre la notion de richesses ou de revenu qui s'appliquent tantôt aux ménages, tantôt à un Etat-nation. Cette nuance permet d'évoquer une distinction : il y a la microéconomie et la macroéconomie

⁷³ Taylor hérite à la fois d'Adam Smith (division) et de David Ricardo (spécialisation).

⁷⁴ Il y a d'autres moyens d'y parvenir. Ici, le gain de productivité est obtenu par des économies d'échelle.

⁷⁵ La libre concurrence et la libre circulation sont deux traits marquants de notre Europe. A quand l'Europe de la santé ?

⁷⁶ Un pauvre est celui qui ne peut accéder aux biens de première nécessité. Le pauvre a disparu puisque nous parlons désormais de précarité, de dépendance et donc d'assistance. En droit social, une distinction précise existe entre sécurité sociale et assistance sociale, et cela est institutionnalisé.

⁷⁷ Ces deux catégories sociales étaient rattachées à une maison.

Déjà cité, le sociologue V. Pareto⁷⁸ s'intéresse aux richesses et plus encore à leur distribution au sein d'une société. De scruter des chiffres, il en émet la loi qui rallie à la fois Smith et Marx. Ce principe dit des 80/20 énonce que 80 % des richesses sont détenues par 20 % de la population. Il souligne ainsi que la répartition des richesses est un élément de distinction, et donc de division sociale. La notion d'inégalités sociales est désormais installée en sociologie politique comme en économie. Pareto en retirera non seulement sa théorie des élites⁷⁹ mais aussi la notion d'optimum. Pour comprendre ce concept parétien, il nous faut envisager la notion d'utilité.

A la croisée de l'économie et de la sociologie, notre auteur italien observe que certaines actions sont logiques et d'autres non. Du point économique, une action logique est donc lorsqu'il y a adéquation entre fin et moyen⁸⁰. La conduite est la résultante d'un calcul fondé sur l'intérêt. Il reste toutefois d'autres actions dont la logique n'est pas économique mais qui ne sont pas pour autant irrationnelles. Leurs motivations⁸¹ relèvent d'une autre rationalité : les émotions ou les coutumes. Je vous renvoie vers la typologie de l'action proposée par Weber. Une idéologie politique ou religieuse sert souvent à rationaliser ces actions, à les rendre utiles ou valables !

La question de l'utilité est héritée de J.S. Mill et son utilitarisme. Ce courant humaniste va inspirer et remettre, au goût du jour, la notion de bien-être collectif, partagé. Toutefois, face à la disparité des revenus, Pareto se montre critique et relativise cette notion morale d'utilité. Dérivé macroéconomique des courbes d'indifférence⁸² (*sic*), il pose le concept de l'optimum. Très libéral, l'optimum est considéré comme l'état de la répartition des ressources, richesses, revenus, dans lequel on ne peut améliorer le bien-être d'un individu ou d'un groupe sans dégrader celui d'au moins un autre. La question éthique de justice sociale, d'équité est évacuée, l'optimum de Pareto est un état de la société régulé, équilibré par le marché.

Comme Pareto, Ernst Engel⁸³ est un statisticien de l'économie et nous offre donc trois autres lois et leur courbe. Il s'intéresse au budget des ménages (belges) et particulièrement, au panier de la ménagère. A l'inverse de Pareto, sa distribution est donc microéconomique. Il compare des foyers en fonction de leur revenu et s'intéresse à leur consommation. Au plus le revenu est élevé, au plus la part consacrée à l'alimentation est décroissante. Cette première loi de répartition peut être lue dans l'autre sens, soulignant ainsi la notion de biens de première nécessité. Engel repère ainsi trois proportions⁸⁴ de biens évoluant distinctement en fonction du budget familial. La deuxième, intermédiaire, varie peu ou pas et concerne l'habillement, l'habitation, l'énergie. La dernière révèle

⁷⁸ « Cours d'économie politique » et « Manuel d'économie politique » sont deux œuvres de cet auteur

⁷⁹ Cette thèse sera reprise par Pierre Bourdieu. Notons aussi que le contraire d'élite est masse(s) !

⁸⁰ Il faut pour comprendre cette assertion se rappeler de la définition de l'économie.

⁸¹ Notons itérativement les liens, l'intelligence qu'entretiennent nos cours.

⁸² Relevant de la théorie du consommateur, elles seront abordées plus loin.

⁸³ Il est prudent de ne pas confondre avec l'illustre Hegel, philosophe ayant inspiré entre autre Marx. La méprise peut aussi se faire avec Engels, compagnon de Marx et co-auteur du « *Manifeste du parti communiste* ».

⁸⁴ Il s'agit donc bien de rapports et non de valeurs absolues.

la notion de besoins superflus⁸⁵ qui va croissante avec l'élévation de revenu. La corrélation est donc, cette fois, positive et concerne des biens comme l'éducation, les loisirs et la santé. Nous sommes en 1857 et ce principe économique se dénomme « élasticité ».

Le statisticien ouvrira la voie à A. Maslow et sa théorie psychologique des besoins. Le besoin est avant tout une notion économique. Cette approche est fondamentalement fonctionnaliste ; là où toute action répond à un besoin. Sous l'évolution du capitalisme, avec la naissance de la société de consommation, l'individu n'en deviendra que simple rouage du système dont il sert les finalités économiques et ... politiques. Ne peut-on désormais « créer » des besoins, les rendre désirables et ainsi leur donner une valeur ? « *Nouvelle aliénation* » : s'insurgerait probablement K.M. d'autant que le relâchement⁸⁶ de la conscience collective se marque de plus en plus sur l'effet combiné du capitalisme et de la Révolution Industrielle, effets politico-économiques de la sécularisation⁸⁷.

De fait, l'industrialisation va de pair avec une économie de masse où l'augmentation de la productivité⁸⁸ est étroitement et positivement corrélée par l'élévation du niveau de vie, de revenu. Il s'agit dès lors de faire consommer. La politique et le politique trouveront la réponse macroéconomique, progressivement mais de manière consacrée avec J.M. Keynes⁸⁹. En octobre 1929, le capitalisme montre ses excès : *krach* et c'est la Grande Dépression ! L'histoire est faite de conjonctures et l'approche macroéconomique de ce qui est le trait caractéristique du keynésianisme nuancera profondément l'approche microéconomique du libéralisme.

L'idée maîtresse, contrebalançant celle du libéralisme, est ici l'interventionnisme ... de l'Etat. Résumé en 1936 dans sa « *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie* », Keynes trace les lignes de l'Etat-Providence qui trouvera diverses applications. L'intervention de l'Etat se conçoit en réponse au chômage et aux inégalités de revenu qu'il génère. Son rôle économique devient : redistribuer les ressources et les richesses. Le but est certes l'équité ou au moins l'égalité des chances mais surtout le soutien à la consommation comme à l'investissement. Ce changement notoire des fonctions de l'Etat va relancer l'économie, et surtout la demande, va participer aux Trente Glorieuses⁹⁰ dont nous connaissons toutes les avancées techniques et sociales. La médecine et la Sécurité sociale ne sont que des exemples. La bureaucratie, corollaire de l'Etat va également croître de manière exponentielle, créant un nouveau secteur⁹¹.

⁸⁵ Tiens, un oxymore !

⁸⁶ L'anomie pour Durkheim ou le désenchantement pour Weber.

⁸⁷ La rationalité remplace la tradition. D'un point de vue politique, la sécularisation va paraître l'avènement de l'individu et, paradoxalement (quoique), la genèse de la démocratie.

⁸⁸ Relisez *Psychosociologie* avec « Ford » comme mot-clé.

⁸⁹ C'est un économiste de la paix et il le sera à deux reprises !

⁹⁰ que Keynes ne verra quasi pas, cette période de croissances se termine avec le « choc pétrolier ».

⁹¹ et une nouvelle classe sociale, les fonctionnaires.

Quelques notions nous sont encore nécessaires afin de considérer le marché de la santé et ses particularités. Nous le savons, le capitalisme a certes concouru à la démocratie mais plus encore à la société de consommation. L'accroissement des revenus a permis l'élévation du niveau de vie. Sociologiquement, ces modifications ont conduit à l'éminence de l'individualisme et à l'inévitable relâchement⁹² de la conscience collective. N'avons plus *besoin* des autres ? En économie, mais pas exclusivement, la notion de besoin s'amalgame avec celle de désirs, d'attentes voire d'exigences⁹³. Le besoin est le fondement d'une approche fonctionnaliste où toute action répond à un besoin. Ainsi considéré, l'individu n'est qu'un simple rouage⁹⁴ du système, de la mécanique des marchés. Le consommateur en sert les finalités⁹⁵. La notion de valeur, transversale aux sciences de l'Homme, semble rallier l'économie au politique. La valeur est un idéal collectif qui définit les critères du désirable. Un ensemble systématisé de valeurs est une idéologie qui *peut* devenir une norme.

Chaque acteur ou agent économique use de politique : il décide d'allouer une partie de ses ressources à la satisfaction d'un besoin ou à la réalisation d'une fin. Si les choix d'allocation des moyens sont « individuels », cela relève de la microéconomie tandis que si ces choix sont collectifs, la macroéconomie sera à la manœuvre.

Dans la catégorie microéconomique, nous retrouvons deux intervenants indissociables : le consommateur et le producteur qui font la demande et l'offre. Ces deux acteurs sont généralement d'une part, les ménages et de l'autre, les entreprises. La rencontre de l'offre et de la demande s'effectue dans un marché, donnant lieu à l'échange d'un bien en contrepartie du prix. Il y a de part et d'autre une dépense et une recette. Vient donc s'accoler à cette relation la notion de revenu, qui permet le financement du prix ; l'ensemble prenant alors la forme d'un cycle. La production engendre le revenu, qui, à son tour, génère la dépense, qui est censée acheter la production initiale. La question n'est peut-être pas « ai-je besoin ? » mais « est-ce que cela vaut la peine ? ». D'un point de vue micro et macro se pose la question de l'efficacité allocative : le rapport coûts-bénéfices. En psychosociologie, nous évoquons la balance entre plaisir (satisfaction) et déplaisir (peine). Ici, en économie, il s'agit de minimaliser les coûts et maximaliser les bénéfices. Le profit naît de la différence et assure donc la rentabilité. Cette dernière peut être envisagée à court ou long terme. Cette loi de l'offre et de la demande, fondatrice de l'économie, s'envisage comme une corrélation dont voici quelques lectures.

Si la demande est plus élevée que l'offre, alors il y a rareté et le prix augmente. Si, au contraire, l'offre est plus importante que la demande, alors il y a surproduction et le prix baisse. Dans le rapport demande/prix, si le prix augmente, alors la demande diminue mais si le prix se réduit, alors

⁹² Ce que Durkheim dénomme l'anomie ou Weber le désenchantement !

⁹³ Cette dernière déclinaison convient assez bien au propos tenu sur la montée de l'individualisme (méthodologique).

⁹⁴ C'est la deuxième fois, au moins, que nous mobilisons cette analogie.

⁹⁵ Question de Karl M. : « *est-ce une nouvelle forme d'aliénation ?* »

la demande s'accroît. En s'intéressant cette fois au rapport entre offre et prix, l'offre s'accroît lorsque le prix monte et se rétracte lorsque le prix est moindre. Autrement dit, la demande entretient une corrélation négative avec le prix, alors que l'offre présente une corrélation positive avec le même prix. L'offre et la demande présentent donc deux dynamiques distinctes.

De cette loi de l'offre et de la demande en découlent de nombreuses autres comme la transitivité, la subsidiarité, l'indifférence, l'élasticité, la substitution et même le renoncement. Il ne faut pas oublier aussi la structure du marché d'un bien. En effet, il faut aussi tenir compte du nombre d'acheteurs, consommateurs ou clients, de leur degré d'information et de leur mobilité. Il en est de même pour les vendeurs, producteurs ou fournisseurs. De fait, il est question de concurrence entre les acheteurs⁹⁶ mais plus encore entre les vendeurs. La concurrence entre vendeurs peut se voir réduite par des situations dites d'oligopole voire même de monopole⁹⁷. Enfin, il ne faut pas négliger la nature du bien échangé. Est-il standardisé ou différencié ? Est-il divisible ou non ? Est-il périssable ou durable ? Est-il stockable ou non ? Cette dernière caractéristique mérite que nous nous y arrêtions. En effet, un bien stockable peut brutalement manquer par rupture de ... ou Un bien non stockable est le plus souvent un service. Ainsi, un service nécessite d'être disponible au moment même où la demande se manifeste. Cette particularité pose et impose des contraintes en termes de capacité de production de ce type de biens.

Les entreprises sont à la fois producteurs mais aussi consommateurs⁹⁸. En effet, pour produire et puis offrir, l'entreprise doit se porter acquéreur, et donc consommateur, d'un certain nombre de ressources, précédemment dénommées facteurs⁹⁹ de production. Ils sont les *inputs* qui transformés deviendront des *outputs*, les biens offerts sur le marché.

Les entreprises peuvent produire des biens et/ou des services et par là appartenir à un secteur économique. Il est habituel de répertorier les secteurs suivants. Le secteur primaire comprend l'agriculture, la sylviculture, la chasse et la pêche. Le secteur secondaire compte les industries¹⁰⁰, la construction et les énergies. Le secteur tertiaire rassemble commerces, transports : les services ! Enfin, les entreprises peuvent être marchandes ou non marchandes. La notion de lucre vient poser distinction. Cette dernière peut également souligner la « place » de l'Etat et/ou de la société civile dans l'économie par l'intermédiaire des associations. Ce secteur¹⁰¹ est souvent considéré comme remède (*sic*) aux insuffisances des marchés. Il est alors temps de déplacer le propos vers la macroéconomie afin d'envisager les rôles de l'Etat dans l'économie.

⁹⁶ La vente aux enchères est le plus bel exemple que je puisse vous offrir.

⁹⁷ Terme proprement économique qui contient la racine « -pole », dérivant de ...

⁹⁸ Il en est de même pour les ménages et les individus qui vendent ... leur travail, leurs compétences.

⁹⁹ Ils sont au nombre de quatre comme les trois mousquetaires !

¹⁰⁰ Le sens initial du terme *industrie* est : ensemble des producteurs d'un même produit. Nous étudierons l'industrie du médicament. En certains aspects, l'hôpital ou le système sanitaire peut être considéré comme une industrie.

¹⁰¹ Parfois considéré comme le secteur quaternaire.

Dès lors, nous pouvons considérer l'existence de trois types d'agents économiques : les ménages, les entreprises et l'Etat. Pour préciser ce troisième élément dans la relation économique, nous recourons, une fois encore, à nos paradigmes utiles à ces découvertes macroscopiques. Nous avons d'un côté, à droite, le libre-échangisme et de l'autre, le keynésianisme¹⁰². Ces deux conceptions macroéconomiques sont très polarisées et peuvent être démocratiques ou non.

Le libre-échangisme porte en avant l'initiative individuelle, pendant économique de la liberté des acteurs. La liberté, c'est l'absence de coercition. Dans ce cas, à la question « l'Etat est-il un acteur économique ? », la réponse libre-échangiste est négative. L'état régalien ne garantit que les libertés de chacun au bénéfice de la concurrence, de l'entreprise et de l'échange. Le système libéral dispose d'une économie de marché.

A l'opposé, dans le keynésianisme, la réponse devient positive. L'Etat s'interpose dans les marchés, intervient donc dans l'échange économique. L'Etat est interventionniste et met en place une économie de commandement¹⁰³. Un tel système alloue de manière autoritaire les valeurs et des richesses. Le plan va coordonner l'action des agents économiques par des notions de rationnement, de prix fixé ou encore de conventions collectives. Un tel système planifié nécessite la mise en place d'un grand nombre d'institutions et donc de bureaucratie. Cette conception politique et économique aura, bien évidemment, des effets sur les régimes de couverture sociale, leurs modes de financement et bien d'autres choses encore que nous tarderons plus à découvrir.

La question de l'efficacité allocative est évidemment et aussi de l'ordre macroéconomique. L'Etat doit minimaliser les coûts et maximaliser les bénéfices. Toutefois se pose en sus la question de l'équité qui va bien au-delà de la question de l'efficacité technique de la qualité. Par avance, la Sécurité sociale a donc une fonction d'assurance non pas de qualité mais d'accès aux prestations. Cet accès est permis par le transfert de revenu allant, éventuellement, permettre l'acquisition de biens et services sanitaires. C'est par le système des allocations que l'Etat redistribue et les enjeux économiques, politiques et sociaux relèvent de la réduction des inégalités. Cette politique se justifie au regard de valeurs sociétales comme l'équité, la sécurité, la solidarité voire l'altruisme¹⁰⁴.

Ainsi, la macroéconomie s'intéresse aux raisonnements économiques de l'Etat, nous y trouverons des notions comme la dépense publique, le revenu national et le produit national. Ces trois approches sont complémentaires. Ils sont à leur manière des indicateurs quantitatifs, exprimés en valeur monétaire, de l'activité économique d'un Etat-nation. Le plus connu, mais de plus en plus

¹⁰² Nous aurions pu déjà écrire *libéralisme* et *socialisme* : le champ est ici politique.

¹⁰³ L'archétype est le modèle soviétique.

¹⁰⁴ Le pauvre est ainsi transformé, il devient un précaire puis un assisté. L'assistance publique ou sociale se distingue en droit mais nous reconnaissons aussi à la « Sécurité Sociale » une probable fonction morale, de type organique, agissant ainsi sur la bien-pensance voire la bienfaisance des « bourgeois » comme d'antan où ils finançaient les hôpitaux et hospices. Nous reparlerons de cette fonction sociale des institutions sanitaires.

contesté, est le PNB qui additionne le PIB à la balance commerciale des imports et des exports. Le rapport PIB par nombre d'habitants peut être considéré comme le pouvoir d'achat de ces derniers.

L'Etat peut donc faire varier son degré d'interventions dans l'économie, c'est-à-dire entre le couple d'agents économiques que sont le consommateur et le producteur. L'état non régalien, devenant acteur économique, porte trois objectifs macroéconomiques fondamentaux : le plein emploi, la stabilité des prix et la croissance économique. Il est utile de préciser que la notion de plein emploi concerne toutes les ressources économiques, tous les facteurs de production et pas uniquement le travail¹⁰⁵. Pour cela, il dispose de nombreux moyens. Ces interventions peuvent être incitatives¹⁰⁶, productives et, nous le savons, redistributives. Il peut également user de politique monétaire par les mécanismes d'inflation et de déflation, par une politique des prix et des revenus, y compris en régulant le marché du travail. Il a également une action par sa politique budgétaire, que certains préfèrent dénommés : politique de la dette publique. Quels sont en fin les moyens de financement dont l'Etat dispose pour mener ses interventions ? Les ressources financières de l'Etat, que nous retrouverons en matière de Sécurité Sociale, sont : les impôts, soit les fiscalités directe et indirectes, les emprunts ou obligations d'Etat¹⁰⁷ et également par d'autres voies que sont les redevances et autres recettes non fiscales.

Prenons notre champ à l'aune¹⁰⁸ de ces découvertes de l'économie politique !

¹⁰⁵ Le sous-emploi du facteur *travail* se dénomme le chômage. Ce dernier terme a vu sa signification changée depuis l'arrivée de la Sécurité Sociale.

¹⁰⁶ L'éducation et la formation y participent, ou encore les mesures encourageant la concurrence ou, au contraire, de contrôle voire de monopole.

¹⁰⁷ Il joue donc au banquier !

¹⁰⁸ L'aune était un instrument de mesure, un étalon aussi !

ECONOMIE POLITIQUE DE LA SANTE

Notre propos¹⁰⁹ va reprendre en l'adaptant à ce système particulier qui s'occupe de la santé ; à moins qu'il ne s'agisse de nos maladies. Après quelques considérations, nous reprendrons les caractéristiques de ce marché à la fois classique et singulier, sans doute l'un où le keynésianisme (économique) et la démocratie (politique) ont laissé une empreinte certaine, sociétale sûrement, civilisationnelle peut-être. Le débat pourrait probablement se transférer sur le domaine de l'enseignement ou¹¹⁰ de l'éducation, un autre métier impossible. Nous envisagerons aussi des options politiques ; le tout dans le débat propice à notre humanité !

CONSIDERATIONS ECONOMIQUES DE LA SANTE

Le prérequis au fonctionnement de l'économie de la santé, et du système, est la présence de malades. Nouveau choc conceptuel : qu'est-ce qu'être malade ? La maladie s'inscrit dans toute société comme une norme avant tout culturelle, bien avant d'être médicale. La santé ou la maladie sont des valeurs de société dont le politique et l'économique doivent ...

Compte tenu de cette caractéristique, l'économie de la santé est soumise à un soubassement puisque sa contingence est difficilement calculable. Pour aborder son objet, elle se retrouve contrainte d'user de détours comme : le taux de mortalité par pathologie, le taux de déclaration de certaines maladies. L'épidémiologie et ses statistiques viennent au secours des discours et actions politiques et économiques.

Les activités¹¹¹ médicales et soignantes doivent être considérées comme un circuit économique, qui représente une fraction croissante, de la consommation des ménages. Une particularité distingue ce marchés des autres activités économiques, à savoir la présence d'un tiers(-payant) : l'Etat-Providence par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale. Ainsi se place une nouvelle contingence : la maladie, et non la santé, représente un coût économique important. Ce coût correspond à la somme, non seulement des frais directs mais également des frais annexes ; surtout, compte tenu du fait que certains malades sont des travailleurs. Ainsi, il faut considérer en sus le montant des indemnités d'incapacité¹¹² et d'invalidité et le coût des journées de travail perdues. Les coûts indirects ne sont même pas énoncés de manière exhaustive par cette seule évocation.

Economiques, certes, les conséquences sont aussi d'ordre démographique, et donc social. Les effets démographiques de l'activité « soins et médecine » ont eu des incidences sur la mortalité, entraînant

¹⁰⁹ Le propos reste valable et valide même si certains chiffres doivent être actualisés.

¹¹⁰ Je vous laisse aux mains du paradoxe de cette conjonction de coordination !

¹¹¹ Nous dirons volontiers « **sanitaires** », terme générique.

¹¹² Exemple très partiel : en 2000, le nombre de journées de travail perdues pour les (seuls) accidents du football amateur belge approchaient 150.000 !

un effet « boule de neige ». De fait, la réduction sensible du taux de mortalité conditionne l'allongement de la durée de vie. L'élévation de l'espérance de vie a fait mécaniquement augmenter le nombre de personnes âgées, et même très âgées. De plus, cette frange de population nécessite une prise en charge particulière liée à la polypathologie du grand âge¹¹³ ainsi qu'aux structures qu'elle réclame. D'autre part, l'allongement de vie assorti d'une qualité de vie et d'un niveau de vie ont incité à l'émergence de nouvelles demandes de santé¹¹⁴.

L'autre retentissement démographique des actions médico-sanitaires se place de l'autre côté de la vie. La baisse de la mortalité infantile a entraîné, mais pas à elle seule, la réduction spectaculaire du taux de natalité. Couplés au vieillissement de la population¹¹⁵, ils occasionnent conjointement un profond déséquilibre entre population active et population inactive, en clair, entre recettes et dépenses sociales. D'autres faits sociaux, comme le « chômage », ont une répercussion exponentielle sur ce déséquilibre.

Pourtant, cette économie de la santé a des incidences économiquement utiles. La *Santé* représente un secteur d'activité bien réel, au poids économique important. Cette dimension lui est accordée en regard de la masse monétaire et les flux qu'il représente mais également, par le nombre de personnes employées par ce secteur. Ce secteur est d'ailleurs hybride, certes par son mode de financement, mais puisqu'une partie est marchande au sein d'une entité non-marchande. Le secteur de la santé évoque une constellation de fournisseurs et de « sous-traitants », de produits et de biens à la fois en amont¹¹⁶ et en aval.

La santé participe de manière essentielle, de par sa structure et son fonctionnement, et double au développement d'une société. Elle est à la fois lutte contre la maladie tout autant qu'activité économique. Cette assertion, quoique parfois difficile à admettre par les soignants, est pourtant conditionnelle à une approche dynamique des logiques en présence et par là aux moyens d'action à l'intérieur et à l'extérieur de ce système.

¹¹³ Certains évoquent la loi de Pareto à cet endroit.

¹¹⁴ Celles des jeunes pensionnés ou voir e.a. l'ouvrage de Lucien Sfez, « La santé parfaite ».

¹¹⁵ L'évolution comparée de la pyramide des âges de nos pays développés est plus qu'instructive sur ce point. La base se fragilise de plus en plus.

¹¹⁶ Les précurseurs à l'activité.

PREMIERE PARTIE – LA PRODUCTION DE BIENS ET DE SERVICES

Nous sommes du côté de l'offre, de ces entreprises qui produisent des biens ou des services qui placent ensuite sur le marché dit de la santé. Nous n'étudierons que les plus caractéristiques que sont : l'entrepreneur médical, l'industrie du médicament et l'industrie des soins hospitaliers.

I. Les professions médicales libérales

Longtemps protégées, à l'abri des contraintes économiques, ces professions sont aujourd'hui objet central des changements structurels. L'évolution du contexte comme du système, principalement son financement, a contraint à restreindre, directement ou indirectement, l'autonomie de ce corps social en les responsabilisant socialement.

1.1. Caractéristiques professionnelles :

- Un exercice réglementé : définit par la notion d'exercice illégal de la médecine, déterminé par le diplôme mais aussi conditionné par l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins. La situation est monopolistique. L'Ordre, élément d'autorégulation d'une profession exercée par les pairs, permet de préserver l'autonomie de la profession. Il possède une fonction réglementaire mais également disciplinaire en rapport avec des règles édictées en son sein. D'autres professions gravitant le microcosme sanitaire sont aussi limitées au plan réglementaire et ordinal.
- Une progression démographique : différentes caractéristiques, rapidement énoncées, marquent cette profession. Elles sont :
 - l'augmentation quantitative du nombre de médecins,
 - la répartition géographique,
 - la répartition en fonction du type d'habitat¹¹⁷,
 - la répartition entre généralistes et spécialistes,
 - la répartition des spécialistes au sein des différentes disciplines.

Ces différentes modifications ont entraîné, et cela se poursuit, des mutations en termes d'exercice professionnel. Celles-ci ont inévitablement des conséquences économiques.

1.2. Aspects économiques :

- Un exercice contractuel : d'un exercice strictement libéral, les modifications l'ont progressivement limité pour devenir le système de liens conventionnels que nous connaissons aujourd'hui. Ce système fixe le montant des honoraires et des prestations des praticiens. Cette base a tendance à s'élargir et à concerner jusqu'aux modes d'exercices ajoutés à diverses conditions. L'avènement de la Sécurité Sociale a

¹¹⁷ Il y a même une certaine corrélation avec le climat économique mais aussi météorologique.

conduit la mise en place de ce système contractuel, la crise financière génère sa montée en puissance.

Dans l'état actuel, et en attente des développements à venir, le système conventionnel, même s'il impose les tarifs et altère ainsi la liberté du médecin de fixer le montant de ses honoraires, conserve encore trois grands principes de la médecine libérale : le libre choix du médecin, le paiement à l'acte, le paiement direct par le malade au médecin.

- Un revenu en détérioration relative : les contraintes économiques et la démographie médicale ont des conséquences sur le revenu de ces professionnels. Même si le chiffre d'affaires global de cette profession s'est accru par l'accroissement de la consommation. Sur la même période et à l'inverse, le nombre d'actes par médecin est à peu près identique à ce qu'il était en 1966. Le revenu des médecins est en baisse : dilution de la masse par la démographie professionnelle, faible évolution des prix¹¹⁸ des services médicaux et augmentation considérable des frais¹¹⁹ professionnels. Les mauvaises répartitions des différents types d'exercice conditionnent bien entendu ce niveau de revenu, marquant ainsi des écarts substantiels au sein de la profession. Même si le niveau de revenu moyen des médecins reste supérieur à la moyenne, cet écart doit être nuancé compte tenu du temps¹²⁰ de travail des médecins.

II. L'industrie pharmaceutique et le médicament

Le secteur pharmaceutique produit la plus grande part des biens consommés en vue de la satisfaction des besoins de santé. Cette activité le distingue des autres secteurs dont la production est une dispensation de services. Mais les caractéristiques de la sphère de production et de commercialisation de cette industrie, l'originalité des biens qu'elle produit, la spécificité de leur circuit de distribution particularisent le secteur pharmaceutique parmi les autres activités industrielles et commerciales.

2.1. L'industrie pharmaceutique :

- L'économie du secteur :

Le chiffre d'affaires de l'industrie du médicament a évolué très favorablement puisqu'il s'est accru de 11 % en moyenne par an depuis 1970. Ce secteur de l'économie dispose d'un effectif important, composé dans une large proportion de techniciens, d'agents de maîtrise et de cadres, ce qui témoigne du caractère hautement technologique de ce secteur. Il faut encore ajouter à cette frange, une population de visiteurs médicaux

¹¹⁸ Si ils sont exprimés en euros constants.

¹¹⁹ Les assurances professionnelles en sont un poste imposant.

¹²⁰ de l'ordre de 53 heures par semaine en 1996...

résultant de l'interposition des médecins entre la sphère de production et celle de consommation. Il y a là une particularité à souligner !

Son activité est bien entendue dépendante de la fourniture en produits chimiques, les *inputs*. Une part importante de cette industrie de pointe nécessite une forte activité de recherche et de développement. Cette activité se traduit par l'importance des sommes consacrées. Rapportées au chiffre d'affaires, soit 12,5 %, ou par rapport à l'effectif de ce pôle, cette activité de recherche place l'industrie pharmaceutique dans le peloton de tête. Remarquons que la durée moyenne du temps écoulé entre le lancement d'un programme de recherche et la commercialisation d'une nouvelle molécule s'est accrue progressivement au fil des ans. Elle est aujourd'hui de l'ordre de dix années ce qui soulève le problème de la durée de vie des brevets comme celui de l'investissement.

Beaucoup plus contestées, les dépenses du pôle « publicité et promotion » représenteraient près du cinquième du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Ces activités sont largement autofinancées et dégagent même de substantielles marges¹²¹ bénéficiaires auxquelles de rares industries peuvent prétendre.

- Les mouvements de restructuration :

L'industrie pharmaceutique subit d'importantes transformations. Le nombre d'entreprises produisant des médicaments s'est tout d'abord beaucoup réduit. Cette diminution tient avant tout à la quasi-disparition des pharmacies d'officine possédant une annexe de fabrication, les préparations magistrales ayant été progressivement remplacées par des spécialités conditionnées.

Elle provient aussi d'une diminution de l'effectif des entreprises qui résulte d'un mouvement de concentration. Ce mouvement est plus apparent encore si l'on raisonne en termes de groupes industriels. Cette dimension se complète par l'intégration de ces groupes pharmaceutiques dans de puissants groupes chimiques et pétroliers.

- Les phénomènes d'internationalisation :

Activité internationale par définition, l'industrie pharmaceutique d'un pays vit aussi par la part toujours plus importante de ses exportations. Ces exportations se font non seulement vers d'autres pays développés, mais une part non négligeable et même croissante de celles-ci est faite vers les pays en voie de développement.

Le mouvement de concentration s'est donc internationalisé d'abord par les capitaux, par des prises de participation, par des implantations de filiales et enfin, des fusions-absorptions donnant naissance à des groupes colossaux. D'un point de vue économique, l'industrie pharmaceutique s'approche d'une situation d'oligopole.

¹²¹ 20 % en moyenne.

2.2. Les médicaments :

- Le cadre réglementaire : les médicaments, et autres produits à usage sanitaire et médical, sont soumis à une législation complexe qui s'explique avant tout par leur spécificité. La fabrication des médicaments à usage humain fait l'objet d'un monopole accordé aux pharmaciens. Mais ce monopole n'autorise pas la commercialisation de n'importe quel produit. Tout médicament introduit sur le marché doit en effet obtenir une autorisation de mise sur le marché avant sa commercialisation.

Cette autorisation repose sur une procédure constituant à la présentation d'un dossier qui décrit les méthodes et procédés de fabrication et de contrôle du médicament et sur le résultat d'expertises menées par des experts agréés. Les expertises sont nombreuses : analytique, toxicologique, pharmacologique, cliniques. Cette démarche est strictement indépendante de celle menant au dépôt d'un brevet.

L'étape d'autorisation de mise sur le marché ne préjuge en rien de l'admission au remboursement du médicament par la Sécurité Sociale. Là se pose, et nous y reviendrons, la question de l'utilité sociale du médicament. L'intérêt d'un médicament est jugé sur base de l'amélioration du service médical et/ou sur l'économie dans le coût de la santé. Enfin, et de plus en plus, la publicité à l'égard des prestataires comme des consommateurs est réglementée et subit un contrôle sévère.

- Le régime des prix : les modalités de fixation du prix des médicaments sont extrêmement complexes. Outre le caractère fixé du prix¹²², le prix public d'une spécialité résulte de l'addition au prix de production hors taxe, de la TVA et des marges respectives de toute la chaîne de distribution : concepteur, fabricant, conditionneur, grossiste répartiteur, pharmacien. L'écart entre le prix de production et ce prix public est de l'ordre de 40 %.

Cet effet « prix », surajouté à l'accroissement du coût de la vie, n'aurait probablement pas permis à l'industrie pharmaceutique de subsister si le marché n'était pas en évolution permanente¹²³. De fait, il existe une progression continue du volume de consommation des médicaments et le renouvellement des nouveaux produits. Ce renouvellement est lié au cycle de vie des molécules, encouragé par la logique de R&D de cette industrie et son bras commercial. Ce rythme de renouvellement doit être nuancé compte tenu du délai d'élaboration d'une nouvelle molécule.

- Le cycle du médicament : le chemin que suit le médicament avant d'arriver dans la bouche du malade est long, nous l'avons déjà vu. A l'heure actuelle, il faut considérer

¹²² Sa révision est soumise à procédure.

¹²³ Ils savent que l'offre crée la demande. Prenons l'exemple des antidépresseurs mais pas seulement !

qu'une molécule sur 10.000 arrive au bout de ce périple. De plus, la durée de ce périple a crû en passant de 5 ans en 1965 à 10 voire 12 ans actuellement. La recherche de base, dite fondamentale, permet de sélectionner les quelques molécules et leurs propriétés. Passé ce stade et si la perspective de développement, la demande de brevet est une étape indispensable pour assurer la propriété et donc la protection de la découverte.

Il existe deux types de protection. Le brevet d'invention porte sur un produit, une substance ou une composition présentée pour la première fois comme constituant un médicament. La protection du brevet est de vingt ans. Le certificat d'utilité vise quant à lui un procédé de fabrication et n'est valable que six ans. Suivent ensuite :

- les tests d'activités et de toxicités sur les animaux,
- les études pharmacologiques : recherche des effets attendus et indésirables sur l'organisme, les qualités d'absorption, de transformation et d'élimination du principe actif pour déboucher sur la mise au point de la forme galénique, des modes d'administration et des méthodes de contrôle.

Ces deux étapes peuvent durer de deux à cinq ans. La période des tests cliniques peut alors débiter par l'expérimentation sur l'homme des propriétés de la molécule. D'une durée moyenne de trois ans, cette étape se décompose en trois phases : expérimentation sur des groupes sains, expérimentation sur un nombre limité de malades et enfin, expérimentation à grande échelle afin d'accumuler des données statistiques valides et fiables. L'ensemble de ces données, ainsi collectées, permet non seulement l'élaboration du dossier nécessaire à son enregistrement, soit l'A.M.M., à la fixation de son prix et de son remboursement.

Ces éléments propres à la recherche et au développement se poursuivent ensuite par l'indispensable mise en œuvre de la pharmacovigilance. Puis, survient la mort du médicament et ce pour diverses raisons. La commercialisation, et donc la production, ne sont plus jugées rentables et l'industrie le retire de ses ventes. Des réactions indésirables, des effets secondaires imprévus sont constatés et l'industrie est contrainte de retirer son produit du marché. Le médicament est dépassé par la découverte de nouveaux produits. Ce cycle a encore subi des modifications par l'ouverture du marché des génériques et par le concept d'utilité sociale du médicament.

- Les caractéristiques des produits : le nombre de médicaments existant sur le marché est grand. On compte, au sens de la pharmacopée, un plus de 3.000 substances, c'est-à-dire principes actifs de base entrant dans la composition des médicaments. Le nombre de médicaments contenant une ou plusieurs substances de base et vendus sous une même

dénomination s'établit au-delà de 5.000. Les diverses présentations¹²⁴ font grimper le chiffre aux environs de 10.000 dont les 4/5 sont d'usage courant. Ce nombre, bien qu'important, est sans proportion comparé au nombre de présentations qui existaient autrefois¹²⁵. La loi de Pareto est presque applicable aux médicaments, en particulier suite à la tendance oligopolistique du secteur. Ainsi, en 1996, sur les 4.500 produits existant sur le marché français, les 500 premiers médicaments vendus se partagent près de 70 % du nombre total des unités vendues.

La même logique est d'action lorsqu'on étudie le marché selon le mode d'action des produits. Sur l'ensemble des classes thérapeutiques, six d'entre elles couvrent les deux tiers de la consommation totale en valeur. Le classement vous est proposé ci-dessous :

1	Cardio-vasculaire (\pm 20 %)	↗
2	Digestif	→
3	Antalgiques	→
4	Hypnotiques et psychotropes	↗
5	Antibiotiques, anti-infectieux et anti-parasitaires	↘
6	Respiratoire	↗

Certaines mesures, nous le verrons plus loin, peuvent modifier cet ordre. L'exemple type est celui des fortifiants, vitamines et autres substances de ce genre. Ces substances ont été pendant longtemps dans le « top 10 » de la consommation.

2.3. Le système de distribution :

Lorsqu'on s'attache à décrire le système de distribution du médicament, deux personnages apparaissent : le grossiste répartiteur et le pharmacien d'officine.

- Les grossistes répartiteurs : sont des établissements ayant pour vocation l'achat des médicaments aux fabricants et leur vente aux pharmacies. Ce grossiste est un pharmacien, qui ne peut être ni responsable d'un établissement de fabrication, ni pharmacien d'officine. Le chiffre d'affaires de ces entreprises est extrêmement important et leur activité nécessite, en raison de la nature des produits qu'ils ont à conserver, comme de leur rapidité d'exécution, l'utilisation de méthodes sophistiquées de gestion et de distribution. Ce secteur est également touché par la forte concentration.

- Les pharmacies d'officine :

Deux particularités distinguent cette activité : la pharmacie est un secteur particulièrement protégé et en croissance. Malgré la faible augmentation du prix des médicaments par rapport à l'évolution générale des prix, le secteur des pharmacies a connu une croissance relativement forte.

¹²⁴ dosage, mode d'administration, contenance, nature des associations...

¹²⁵ Par la disparition de l'artisanat pharmaceutique et la concentration de l'industrie.

La vente des médicaments au public fait l'objet d'une réglementation limitative de type monopoliste. Les pharmacies sont seules habilitées à vendre des médicaments. L'exploitation d'une officine pharmaceutique est ensuite nécessairement assurée par un pharmacien, profession dont l'exercice est réglementé sur le modèle médical. Une liste limitative émise par le ministère de la santé contraint les pharmaciens à ne faire commerce de marchandises que si elles y figurent. Les pharmaciens, en dehors de leur habilitation à vendre des médicaments, peuvent assurer la distribution d'accessoires médicaux ou pharmaceutiques, des aliments pour enfants, des produits de diététique, de dermopharmacie et d'hygiène. Cette parapharmacie constitue une part non négligeable des ventes ; de l'ordre de 15 à 20 %. Cette part reste constante malgré l'essor de parapharmacies non officinales car la consommation s'est accrue.

En dehors du monopole de délivrance des médicaments, les officines ont un monopole géographique, similaire au système en vigueur pour les études notariales : une carte. L'Ordre des pharmaciens a pris en charge ce volet ; ainsi, toute implantation est soumise à autorisation. Cette répartition s'établit sur base de la population à desservir et du type d'habitat. Ces limitations expliquent que l'évolution totale du nombre des officines est extrêmement dépendante de l'évolution générale de la population et notamment des migrations. Une dernière contrainte existe en termes de propriété. La pharmacie d'officine est la propriété du pharmacien qui en assure l'exploitation.

A côté des pharmacies d'officine proprement dites, il faut compter aussi sur les pharmacies mutualistes et les pharmacies d'établissements de soins. Pour les premiers, le ministère de la santé, qui leur accorde l'autorisation d'exploitation, les contraint à pratiquer un abatement sur le prix des médicaments. L'existence de ces pharmacies est contestée par les officines privées qui estiment inégale la concurrence entre les deux secteurs. L'argumentation vise les conditions plus favorables d'achat, en particulier sur les volumes, la gratuité ou la faible participation des consommateurs.

Les établissements de soins peuvent également être propriétaires de pharmacies ; la gérance est alors assurée par un pharmacien. L'avantage est là aussi lié au volume de consommation, permettant la négociation des prix. Les établissements sont une cible privilégiée de l'industrie pharmaceutique malgré la faible représentativité de revenus que génèrent ceux-ci. Curieusement, non ?

III. Les établissements hospitaliers

Les établissements hospitaliers produisent des services multiples : hébergement, soins aux hospitalisés, consultations externes, enseignement, recherche, mais le service d'hospitalisation

consiste principalement à délivrer des soins aux personnes hébergées. Le système est aujourd'hui d'une grande complexité tenant à sa structure, à son mode de fonctionnement, de financement, aux normes en vigueur, au nombre d'interlocuteurs et tutelles en présence, ... et la liste est longue. Cette complexité est d'apparition récente et s'accroît encore par la problématique liée à sa gestion administrative, financière et normative, sa bureaucratie.

3.1. L'organisation et l'activité des établissements hospitaliers.

Nous ne nous attarderons que peu de temps sur l'aspect organisationnel de l'activité hospitalière, et encore plus lorsqu'il s'agira d'évoquer son mode de financement. D'autres cours viennent ou viendront compléter cette matière, qui s'étoffe de plus en plus.

L'organisation hospitalière ainsi que la fonction et l'activité de ces établissements ont subi une profonde mutation liée à l'histoire, à la législation et aux contextes économiques, sociaux et politiques.

- D'hier à aujourd'hui : si le système hospitalier actuel porte encore l'héritage du passé, il est aussi le résultat d'une volonté d'intervention de l'Etat, des Pouvoirs Publics. Historiquement, et durant de nombreuses décennies, la fonction hospitalière s'identifie totalement à celle de secours apporté aux plus déshérités. Le détour historique vaut son pesant en particulier pour l'avènement de notre profession d'infirmière¹²⁶. Cette conception relève du principe de la charité chrétienne, les Ordres Hospitaliers. Le caractère religieux de l'institution apparaît à la fois dans la création de l'hôpital, l'Hôtel-Dieu, et dans son fonctionnement, Saint-Vincent-de-Paul.

Les gouvernants vont progressivement affirmer leurs droits sur les institutions hospitalières. C'est la naissance des hospices. L'hôpital devient ce lieu du « *grand renferment*¹⁷ *des pauvres* » décrit par Foucault. L'hôpital conserve cependant son caractère charitable, mais développe sa fonction de régulation sociale.

Pendant toute cette longue période de l'histoire, l'hôpital est gratuit, mais sa fonction de soins est extrêmement limitée, du fait du caractère empirique de la médecine et des soins : « *le clystère ou la saignée* ». Le personnel soignant, en nombre très restreint, est dans sa grande majorité constitué de religieux, voire de religieuses. Les installations sont sommaires et les conditions de confort des hospitalisés apparaissent des plus précaires. Les charges financières sont en conséquence modestes et l'alimentation constitue de loin le poste budgétaire le plus élevé. Le financement est entièrement assuré par des dons, des legs et par les revenus tirés de la dotation. Celle-ci était limitée à l'usage des bâtiments dans la plupart des cas.

¹²⁶ Le détour par l'assertion étymologique mériterait un cours à lui seul.

- Mutation vers l'hôpital moderne : ce principe de non-intervention de l'Etat va progressivement s'annuler et même s'inverser par une centralisation administrative. Deux phénomènes intriqués et d'ampleur vont entraîner cette profonde mutation :
 - La promulgation des premières grandes lois sur la protection sociale apporte de nouvelles sources de financement aux hôpitaux, qui accueillent une clientèle plus nombreuse et plus diverse. Les assurances sociales, créées après la Première Guerre mondiale, deviennent obligatoires. Puis, après la Seconde Guerre mondiale, un système de financement collectif des dépenses de santé est progressivement mis en place : la Sécurité Sociale prend dès lors en charge la plus grande part de la consommation hospitalière (et donc sanitaire) des ménages.
 - Les progrès de la science et le développement de la technologie médicale transforment le lieu d'hébergement d'hier en un centre de soins actif et diversifié, aux équipements lourds et efficaces. Les dépenses hospitalières entrent dans une phase de très forte croissance.
- L'intervention des Pouvoirs Publics : c'est une loi française qui, en Europe, marque le pas en la matière et qui va entraîner l'abandon progressif du concept d'assistance¹²⁷. C'est en 1941 qu'une loi prévoit la tarification par prix de journée et qu'est ainsi introduite la notion de malades payants. Les années 60 seront très productives en ce sens puisque la France va organiser son système hospitalier avec la hiérarchisation qu'on lui connaît encore aujourd'hui. La Belgique légifère le 23 décembre 1963 : la loi sur les hôpitaux. Ces textes subiront de nombreuses modifications, la loi sur les hôpitaux (B) sera d'ailleurs coordonnée par un Arrêté Royal, le 7 août 1987. Ces dispositions se sont donc étoffées, s'attachant au départ à décrire la structure des hôpitaux, pour poursuivre par la mise en place de normes et concerner enfin la gestion¹²⁸ comptable et financière des établissements de soins hospitaliers.

3.2. Le système hospitalier :

- L'offre hospitalière : à la différence de nos voisins où l'on voit coexister deux voire trois systèmes, soumis à des contraintes réglementaires très diverses, notre système uniformise l'emprise légale et normative quel que soit le régime de propriété des établissements. A l'opposé, le système politique et les différents pouvoirs de tutelle qu'il met en place contraignent les hôpitaux à la multiplication des interlocuteurs sur le plan juridique et institutionnel.

La répartition géographique des hôpitaux a fait l'objet d'une loi de programmation, basée

¹²⁷ Ou du moins la partition entre Assistance Sociale et Sécurité Sociale.

¹²⁸ Jusqu'à la taille d'une place de parking s'y trouve déterminée.

sur la notion de carte sanitaire. Cette méthode vise à rationaliser l'offre hospitalière sur la base de la population desservie. Elle conduit à une meilleure connaissance du parc hospitalier et permet une répartition plus harmonieuse des équipements hospitaliers. Elle est outil de planification. L'usage de cette terminologie révèle bien l'emprise politique, et même étatique, sur le système hospitalier. Cet élément contraignant de la politique sanitaire concerne les besoins en lits et en équipements lourds. L'objectif réel de cette mesure est bien entendu d'ordre économique et financier.

La conséquence de cette politique est une concentration à la fois géographique et numérique. C'est ainsi qu'on assiste à la concentration d'une offre hospitalière sur les grandes villes, et en particulier en la Capitale¹²⁹. D'autre part, un certain nombre de restructurations accompagnant toujours la fermeture d'un nombre substantiel de lits. La logique liée aux équipements lourds accentue encore ce phénomène par la mise en place de nombreuses associations et regroupements hospitaliers.

- L'activité économique de l'hôpital : l'hôpital s'intègre dans l'économie du pays et cette notion va à l'encontre de l'assertion communément partagée. La santé n'est pas un coût puisque le secteur de la santé contribue à hauteur de 6 % du Produit Intérieur Brut ; ce qui le place au même rang que le secteur « transports et télécommunications » et au double de la contribution de la branche « agriculture, sylviculture et pêche ». Le secteur représente de nombreux emplois directs et indirects, sans compter l'activité générée par l'activité libérale des praticiens médicaux ou non. Le secteur non-marchand, dont fait partie le système hospitalier, reste créateur d'emplois.

3.3. La gestion financière des hôpitaux :

L'hôpital ne peut relever d'une analyse traditionnelle en termes de marché strict. En effet, les Pouvoirs Publics interviennent dans le secteur à plusieurs niveaux et notamment à celui des prix, de l'emploi, de la politique d'investissement, etc.. L'hôpital est néanmoins une entreprise¹³⁰ dont l'autonomie de gestion est théoriquement totale.

- La section d'investissement : les investissements structurels ou matériels des hôpitaux sont, dans une partie variable mais importante (60 %), couverts par les subsides alloués par les Pouvoirs Publics. Les effets de la planification permettent de réduire ce poste de financement puisqu'à charge de l'Etat, des Communautés ou des Régions.
- La section exploitation : quant à elle, subit de nombreux changements et la notion de budget de l'hôpital en témoigne. Toutefois, une évolution assez profonde a marqué le budget de l'hôpital. Au départ, la règle de financement était, et reste encore dans une certaine mesure,

¹²⁹ Les hôpitaux universitaires, mais pas seulement !

¹³⁰ Le terme peut déplaire !

une tarification sur base d'un prix de journée d'hospitalisation. D'une façon théorique, ce prix résulte, pour un exercice donné, du quotient des dépenses d'exploitation par le nombre de journées. La mise en place de la comptabilité analytique, appliquée aux hôpitaux, a permis d'estimer le prix de journée prévisionnel par unité de soins. La notion de prix de journée est un « tout compris », couvrant l'ensemble des dépenses de fonctionnement. Le prix de journée est aussi un « prix moyen », c'est-à-dire « également¹³¹ » réparti entre tous les malades reçus dans ce service et entre toutes les journées réalisées.

Au vu des effets mitigés sur la maîtrise des dépenses de santé¹³², le concept sera modifié et tend même à disparaître. Les raisons sont multiples et tiennent principalement à ce que le prix de journée ne traduit pas le coût réel du malade hospitalisé. Certains éléments du coût n'y figurent pas, en particulier les honoraires médicaux et par contre, d'autres y semblent indûment inclus. Ce prix ne tient pas compte de l'état de maladie de la personne hospitalisée : bénigne, voire sociale *ou* grave. Enfin le prix de journée n'est pas modulé en fonction de la durée de séjour du malade. Or, la phase initiale d'une hospitalisation occasionne des soins intenses tandis que les frais de fin d'hospitalisation deviennent relativement modestes. La conséquence se révéla à l'inverse de l'attendue : il est clair que l'intérêt financier de l'hôpital se trouve dans la multiplication des journées. Cet intérêt financier venait de ce fait en contradiction avec l'intérêt économique de la collectivité.

L'évolution fut double en la matière. D'abord, le développement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle se traduit par la mise en place de systèmes alternatifs de financement prenant la forme de forfaits : liés à une durée de séjour raccourcie, à l'utilisation d'un service medicotechnique, ... D'autre part, l'abandon du concept du prix de journée mène à la notion de dotation, d'enveloppe et de budget global. Toutefois, la journée reste le critère contesté mais retenu pour le calcul de la dotation globale. Cette méthode marque aussi l'impératif essentiellement économique, et non plus médical, du financement des activités hospitalières.

En conclusion, l'hôpital-hébergement s'est mué en un hôpital-plateau technique, soumis à de multiples contraintes réglementaires, économiques et financières rendant sa gestion des plus complexes.

¹³¹ Egalité a bel et bien un sens différent d'équité.

¹³² L'hôpital en génère plus du tiers.

DEUXIEME PARTIE – L’ACQUISITION DE BIENS ET DE SERVICES

Après l’offre, la demande sera notre sujet d’examen. Nous y rencontrerons les ménages consommateurs de ces biens et services dits de santé. Nous y glisserons le Tiers-Payant c’est-à-dire la Sécurité Sociale. Il est l’élément caractéristique majeur, distinctif presque, de ce marché bien singulier qu’est celui de la santé, ou plus exactement des soins, majoritairement médicaux¹³³.

I. La consommation « médicale » des ménages

La consommation médico-sanitaire présente la particularité de s’effectuer au moment même de la production des soins. L’acquisition des biens et services médicaux n’est pas, ou très rarement, différée dans le temps. Aussi le flux de production et le flux de consommation sont sensiblement identiques, car les stocks, qui ne portent que sur les biens médicaux, sont quantitativement peu importants.

A côté de cette particularité générale, la consommation sanitaire présente des caractéristiques macroéconomiques qui tiennent à son évolution, à sa composition et à son financement. Au niveau microéconomique, elle comporte des différenciations démographiques et socio-économiques.

1.1. L’évolution de la consommation en biens et services de santé :

- La consommation médicale finale des ménages : au sens donné par les comptes satellites de la comptabilité nationale, est définie comme la valeur totale des biens et des services médico-sanitaires qui sont acquis, sous une forme marchande, en vue de la satisfaction directe des besoins individuels en matière de santé.

Elle comprend donc la valeur totale de ces biens et services tant hospitaliers qu’ambulatoires. Par contre, elle ne tient compte que de l’acquisition sous une forme marchande, excluant ainsi les biens et services de santé qui ne possèdent pas de prix, parce qu’elle s’effectue dans un cadre collectif¹³⁴. En effet, à côté de la consommation médicale finale existe une dépense médicale collective, dont l’exemple est la médecine systématique de dépistage, pour laquelle, biens et services n’ont pas un caractère marchand. La prévention reste le parent pauvre, très pauvre¹³⁵.

Cette acquisition vise à la satisfaction directe des besoins en matière de santé ; elle laisse de côté certaines activités qui, tout en contribuant à assurer la santé de la population, ne sont pas directement des activités médicales et sanitaires¹³⁶.

¹³³ Si vous aimez la polémique ou au moins la dialectique ; ne résistez pas à la lecture de « *Némésis médical* » d’I. Illich.
¹³⁴ santé scolaire, médecine carcérale, médecine du travail, ...

¹³⁵ On estime les dépenses de prévention à hauteur de 0,05 % du total. Il faut encore s’entendre sur ce que l’on y place.

¹³⁶ enseignement et formation des personnels, recherche médicale, prévention sanitaire collective, gestion de la santé...

Toutefois, malgré ces limitations, la consommation médicale finale représente la majeure partie des dépenses de santé nationales. En effet, les autres activités, exclues, ne constituent qu'un faible pourcentage entre 5 et 7 %.

- Une consommation en forte progression : la consommation médico-sanitaire des ménages a progressé très rapidement au cours des quarante dernières années ; elle a été multiplié en moyenne par 11 dans les pays de l'OCDE entre 1950 et 2000. Les plus fortes progressions s'observent dans les années 80-90. Cette consommation s'est accrue plus vite que le PIB. De 3 % du PIB en 1950, la consommation médicale avoisine les 8,5 % à l'aube du 21^{ème} siècle. Ce croisement témoigne du fait que l'évolution de cette consommation n'est pas un simple effet monétaire, liée à l'augmentation des prix.

Cette progression de la consommation médicale et sanitaire touche l'ensemble des pays économiquement développés et se poursuit malgré la mise en œuvre de politiques spécifiques. Cette « non-maîtrise » des dépenses de santé amène certains à formuler l'hypothèse qu'elles absorberaient à terme l'ensemble des ressources nationales. Cette affirmation est à nuancer car, nous l'avons vu, les activités médico-sanitaires ne peuvent être considérées comme de simples consommations alors qu'elles sont intégrées à la production nationale. Cette même affirmation introduit l'idée que la consommation médicale puiserait dans la richesse nationale au détriment des autres secteurs de la consommation.

Toutefois, les risques d'une progression toujours plus importante des dépenses de santé ne doivent pas être négligés en raison de la rapide perfectibilité des activités médicales et du caractère difficilement saturable d'une consommation pour laquelle les limites entre « *le normal et le pathologique*¹³⁷ » sont mal circonscrites, fluctuantes à la fois d'un point de vue individuel comme collectif, c'est-à-dire socioculturel.

Du point de vue microéconomique, la consommation médico-sanitaire s'est fait aussi plus importante dans la consommation des ménages. De 4,5 % en 1950, cette part de la structure de la consommation des ménages avoisine actuellement les 14 %. Si cette progression est particulièrement vive, elle ne peut être dissociée des transformations qui affectent la structure de cette consommation totale des ménages, aussi dénommée « le panier de la ménagère ». Celui-ci s'est en effet considérablement modifié. L'alimentation et l'habillement qui constituaient les postes majeurs de cette consommation, se sont progressivement tassés dans le budget des ménages. A l'inverse, le logement et les

¹³⁷ G. Canguilhem : *Le normal et le pathologique*

transports, et plus encore la culture et les loisirs¹³⁸ ont tendance à s'affirmer comme postes importants de cette consommation. La santé est passée de 6^{ème} à 3^{ème} dans l'ordre des postes de ce budget, en trente ans.

- Des explications limitées : comment expliquer l'importante augmentation de la consommation médico-sanitaire de nos pays développés ? Si on laisse de côté les analyses mettant l'accent sur les abus ou l'irrationalité du système, plusieurs tendances se dégagent, les unes mettent l'accent sur la demande de soins et les autres sur l'offre.

La plus répandue des approches soulignant l'importance de la demande considère que l'évolution des différents postes de consommation des ménages est le résultat d'un phénomène de saturation. Les choix, en matière de budgets familiaux, obéiraient aux lois de Engel selon lesquelles la satisfaction des besoins élémentaires ou de confort permettrait aux ménages d'orienter leur consommation vers les services, la santé, la culture, les loisirs... Il existerait en somme une hiérarchie des besoins qui, par une saturation progressive de la base vers le sommet, expliquerait les modifications du budget. D'autres conceptions considèrent que la progression de la demande de soins est le résultat d'une transformation des besoins, elle-même dépendante du système de production et des rapports sociaux. D'autres encore, plus mécanicistes, expliquent cette progression par le vieillissement de la population, la modification de structure de la pyramide des âges, la morbidité plus grande chez les personnes âgées, l'accroissement des maladies chroniques comme des conduites à risques, l'accession de nouvelles couches sociales au système de santé par l'élargissement de la couverture sociale, etc.

Du côté de l'offre, deux types d'explications sont habituellement proposés. Le premier souligne l'importance de l'offre de soins médicaux, hospitaliers et sanitaires qui est susceptible elle-même de développer la demande. La technicisation croissante des pratiques, l'introduction de nouveaux appareillages¹³⁹, l'augmentation de l'effectif des praticiens, l'importance prise par le parc hospitalier, mais aussi la plus grande efficacité de la médecine, joueraient sur les rapports entre production et consommation en favorisant la demande.

Le second met l'accent sur le fait que la productivité du secteur de la santé, comme celle du tertiaire en général, n'évolue que faiblement. Toute augmentation de la demande de soins ne pourrait être ainsi satisfaite que par une croissance similaire de l'offre, responsable elle-même d'une augmentation des coûts et donc des dépenses.

¹³⁸ Le développement économique des secteurs tertiaire voire quaternaire se voit ainsi partiellement expliqué.

¹³⁹ Le plus souvent largement médiatisée.

Il est certain que cette mosaïque d'explications qui ne sont ici que suggérées n'apporte que des réponses partielles au problème de l'évolution des dépenses de santé. Celles-ci ne sont pas forcément fausses ; elles sont en réalité limitées, partielles¹⁴⁰.

La consommation en matière de santé est en effet peu dépendante du choix des ménages qui ne demandent pas à être malades, sont contraints de se faire soigner et n'ont que peu de latitude pour choisir des moyens thérapeutiques qui sont mis en œuvre. Elle est largement dépendante des producteurs de soins, par l'asymétrie de l'information qui caractérise la relation médico-sanitaire¹⁴¹.

Elle est aussi peu élastique c'est-à-dire peu sensible à l'évolution des prix et du revenu des ménages¹⁴². L'explication principale tient à l'importante socialisation de son financement par l'interposition de la Sécurité Sociale. Aussi la consommation des biens et services de santé est peu dépendante du contexte économique et montre notamment une forte résistance à la baisse en cas de crise.

1.2. La structure et le financement de la consommation de santé :

- Une place croissante de l'hospitalisation : la consommation est partagée de façon approximativement égale entre hôpital et médecine de ville. Cette répartition n'a pas toujours été celle-là, puisqu'en 1950, les soins hospitaliers représentaient un peu plus du tiers de cette consommation. L'hospitalisation a donc pris une importance croissante. Premièrement, les coûts hospitaliers ont très rapidement progressé par l'effet conjugué de l'augmentation de l'effectif des personnels, de la hausse des salaires, du développement des normes de structure et de fonctionnement, de la technologie, etc.. Deuxièmement, le volume de soins consommés s'est lui aussi accru : c'est l'ère du « tout à l'hôpital » !
- Un financement croissant par la Sécurité Sociale : le financement de la consommation médicale et sanitaire est assuré par différentes sources pécuniaires. La Sécurité Sociale se place bien sûr au premier rang puisqu'elle contribue pour 70 % à ce financement. Le financement privé qu'il soit assuré directement par les ménages ou indirectement par l'intermédiaire des sociétés d'assurance représente de 20 à 25 % selon le type de consommation. Ainsi, bien que les contributions de la Sécurité Sociale soient importantes, le financement privé occupe une place non négligeable.

Cette vision est quelque peu réductrice puisqu'elle ne témoigne pas des changements radicaux qui se sont opérés sur le financement de la consommation des biens et services de santé. C'est essentiellement à partir des années 60 que la part de la Sécurité Sociale s'est notablement accrue dans le financement de ces acquisitions. L'élargissement de la Sécurité

¹⁴⁰ Probablement partiales, autrement idéologiquement rationalisées aussi !

¹⁴¹ Même, et encore, avec le développement de la vulgarisation médicale : revues, Web,...

Sociale à un nombre de plus en plus important d'assurés sociaux se traduit, aujourd'hui, par une couverture quasi générale de la population. Il est par ailleurs certain que l'expansion économique, en augmentant l'effectif de la population salariée, a eu pour conséquence d'accroître le nombre des personnes couvertes par le régime *général* de la Sécurité Sociale.

Mais l'augmentation du financement social de la santé résulte aussi d'un élargissement de la couverture sociale des personnes assurées : nombre de produits et services remboursés, quote-part réduite voire nulle pour certaines pathologies ou situations sociales, nombre de médicaments, etc.. Il faut ajouter encore la réduction du nombre d'indigents, soit par leur entrée dans le monde du travail, soit par leur socialisation¹⁴³.

La structure de ce financement « offert » par la Sécurité Sociale est assez différenciée puisqu'elle intervient pour près de 90 % dans le financement des soins hospitaliers et autour de 55 % pour les soins ambulatoires comme pour le commerce des biens médicaux. Cette différence des taux de couverture explique que la part de l'hospitalisation dans les comptes de la Sécurité Sociale est plus importante encore qu'elle n'apparaisse dans la consommation médicale finale des ménages.

1.3. Les différenciations de la consommation de santé :

La consommation ne se répartit pas de façon homogène dans la population. La loi de Pareto semble s'appliquer en la matière puisqu'une faible partie des consommateurs entraîne à eux seuls une grande partie des dépenses médicales. Le facteur le plus important de différenciation est probablement la morbidité de la population. Toutefois, les études tendant à rapprocher le niveau de consommation et celui de la morbidité sont rares. En effet, outre les difficultés à connaître avec précision la morbidité d'une population, il apparaît très difficile de bâtir un indicateur synthétique permettant de confronter morbidité et dépenses de santé. Tout au plus on sait que les forts consommateurs de soins se distinguent essentiellement par des maladies multiples, le plus souvent chroniques. Ce facteur croît de manière exponentielle avec l'âge.

L'étude différentielle du coût d'une maladie en fonction de sa gravité, même en cas de maladie bien définie, s'avère extrêmement complexe : il existe le plus souvent plusieurs signes cliniques, dont la valeur pronostique est différente et qui présentent une pluralité de cheminements évolutifs.

Recoupant largement la morbidité, l'influence de l'âge est prépondérante sur le niveau de consommation, phénomène accru par le vieillissement de la population : en longévité et en nombre. La consommation de soins est aussi la plus importante aux âges extrêmes de la vie :

¹⁴² Le « meilleur » exemple à fournir ici est celui du prix des funérailles !

¹⁴³ Accroissement des ressources des plus défavorisés par les revenus de substitution.

elle est forte entre 0 et 2 ans, décroît rapidement pour atteindre son minimum entre 10 et 15 ans et s'accroît ensuite au fur et à mesure que progresse l'âge.

Le sexe introduit aussi des différences dans le niveau de consommation. Evaluée en termes de recours au médecin et de fréquentation hospitalière, les femmes ont une consommation supérieure de 30 % environ à celle des hommes. Ces différences mériteraient d'être rapprochées des statuts économiques, sociaux et culturels de l'homme et de la femme dans notre société. Mais il faut aussi considérer que la femme présente une pathologie spécifique liée à la sphère gynéco-obstétricale. C'est ce qui explique que les hospitalisations des femmes sont nettement plus nombreuses que celles des hommes aux âges de procréation.

Concernant la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage, il est possible de distinguer trois groupes différenciés de consommateurs. Le monde agricole et celui des artisans et petits commerçants sont de faibles consommateurs de biens et services de santé. Les cadres supérieurs, les professions libérales et les inactifs ont une consommation médico-sanitaire forte. Les employés et ouvriers constituent un ensemble dont la consommation est intermédiaire et qui décroît des premiers aux derniers. Mais les différences entre groupes sociaux sont beaucoup plus sensibles en ce qui concerne la structure de cette consommation. Les dépenses d'hospitalisation sont ainsi maximales pour les ouvriers. Les soins médicaux ne témoignent que d'une faible variation suivant la catégorie socioprofessionnelle pour les soins de généralistes, il existe par contre une très forte variation en ce qui concerne les soins de spécialistes, pour lesquels notamment les cadres s'avèrent de forts consommateurs.

Le niveau de revenu montre lui aussi des différences de consommation : la dépense ne subit pas d'accroissement sensible au fur et à mesure que le revenu s'accroît, mais cette relative stabilité masque une réalité plus complexe. La part de la consommation totale qui est consacrée aux dépenses d'hospitalisation est plus importante pour les bas revenus que pour les hauts revenus. A l'inverse, la consommation médicale de ville est proportionnellement plus grande pour les hauts revenus que les bas revenus.

D'autres facteurs interviennent encore sur cette consommation de santé : il en est ainsi du type d'habitat, les habitants de milieu rural sont de plus faibles consommateurs que ceux de la ville. La taille du ménage révèle quant à elle une consommation médicale par personne maximale pour les ménages peu nombreux et minimale pour les ménages très nombreux. Le niveau d'instruction du chef de ménage est lui aussi un facteur de différenciation : la consommation croît de manière parallèle avec le niveau d'instruction. Le mode de protection montre que les personnes qui ne bénéficient d'aucune protection sociale ont une très faible consommation à l'inverse des personnes qui, en plus de l'assurance-maladie, bénéficie d'une complémentaire

santé. Cette dernière présente un effet inducteur¹⁴⁴. Tous ces facteurs de consommation, et il en existe d'autres encore, ont une influence spécifique qu'il est très difficile de distinguer de celle de morbidité. Il existe bien une intime intrication entre les données de morbidité, les caractéristiques démographiques et les facteurs sociaux, économiques et culturels.

II. La Sécurité Sociale et le financement de la santé

La Sécurité Sociale est une institution d'une grande complexité, tant par la multiplicité des risques couverts que par la diversité des régimes en place. La problématique du financement de la santé ne peut être distinguée du contexte d'ensemble de la Sécurité Sociale.

2.1. Les problèmes financiers de la Sécurité Sociale :

La part prépondérante des dépenses du régime général dans l'ensemble du budget de la Sécurité Sociale et son mode de financement fondé sur les cotisations professionnelles permettent de comprendre pourquoi le régime général et sa branche maladie est, le plus souvent, le seul mis en cause à propos du déficit de la Sécurité Sociale. Les problèmes financiers touchent à la fois la trésorerie et à l'équilibre budgétaire.

Du point de vue de la trésorerie, le régime général a régulièrement connu des difficultés à assurer la continuité des paiements mais ceci reste de faible incidence sur son fonctionnement. Les difficultés budgétaires sont celles qui suscitent les débats les plus passionnés et aussi les plus contradictoires. Elles ont, par ailleurs, été à l'origine des diverses mesures de redressement financier décidées par les Pouvoirs Publics.

A propos du déficit budgétaire : les problèmes financiers de la Sécurité Sociale, du régime général, de l'assurance-maladie ne datent pas de ces dernières années. La séparation des différents risques était déjà inspirée par le souci de faire apparaître la détérioration de la situation financière de certains secteurs. Cette réforme avait notamment comme finalité de contraindre chaque branche à assurer l'équilibre financier de sa gestion. Néanmoins, la perspective d'un déficit « inéluctable » ressurgit chaque année et tient la vedette de l'actualité. Les facteurs de ce déficit sont d'ordre à la fois structurel et conjoncturel.

▪ *Un déficit d'ordre structurel :*

Il n'existe aucune corrélation logique entre le prélèvement des ressources et le versement des prestations sociales aux assurés. Ressources et prestations évoluent donc selon deux dynamiques distinctes. Si bien que la réalisation d'un équilibre financier résulterait d'un hasard bien heureux et tout à fait improbable.

Les ressources qui sont constituées à plus de 80 % par les cotisations assises sur les salaires dépendent de deux éléments. Le premier concerne l'évolution de la masse

¹⁴⁴ Nous aurions pu écrire « désinhibant » !

salariale, elle-même fonction de l'effectif et de la structure de la population occupant un emploi, ainsi que de l'évolution des salaires. Le second dépend des décisions des Pouvoirs publics concernant l'évolution du salaire-plafond, de l'indice-pivot, des barèmes coordonnés et/ou l'accroissement des taux de cotisation.

Les dépenses sont fonction de critères multiples, interdépendants, démographiques, économiques, sociaux et politiques variant selon les risques. Pour leur part, les dépenses de soins de santé, qui dépendent des décisions individuelles de consommation, sont assez imprévisibles.

Or, l'ensemble des prestations sociales s'accroît à un rythme annuel supérieur à celui de la masse salariale sur laquelle sont calculées les recettes. Autrement dit, à taux de cotisations constants, l'évolution naturelle des choses conduit la Sécurité Sociale au déficit. La situation apparaît différente selon les risques. Les dépenses de prestations de la branche assurance-maladie d'abord, puis ensuite celles de la branche assurance-vieillesse, ont évolué, en valeur, beaucoup plus rapidement que la masse salariale¹⁴⁵. Les autres branches témoignent d'un relatif équilibre, voire même sont bénéficiaires comme c'est le cas pour l'assurance-famille.

Le déficit plus récent de l'assurance-vieillesse est lié à l'accroissement en quantité et en longévité du nombre de pensionnés, aggravant le rapport actifs-inactifs, le déficit de l'assurance-maladie comme l'ensemble du système de protection sociale. La branche maladie est, elle, déficitaire depuis de longue date pour presque dire, depuis toujours. Tout particulièrement, entre 1974 et 1984, les prestations d'assurance-maladie ont progressé de 17 % en moyenne par an, soit à un rythme toujours bien supérieur à celui des salaires : le déficit est donc bien structurel.

Les dépenses de l'assurance-maladie s'accroissent sensiblement au rythme de la consommation sanitaire des ménages puisque la majorité de celle-ci est financée par la Sécurité Sociale et en fonction des mêmes critères. A moyen et à long terme, la tendance à l'accroissement des coûts supportés par l'assurance-maladie est cependant accentuée, par rapport à celle de la consommation des ménages, pour trois raisons :

- une extension progressive de la protection contre le risque maladie,
- un glissement vers une prise en charge intégrale des dépenses médicales,
- une modification de la structure des soins de santé, caractérisée par une augmentation de part relative des dépenses d'hospitalisations.

L'apparent équilibre des années antérieures, souligné par la réforme ayant mené à la distinction budgétaire des différentes branches, a également été masqué par une forte

¹⁴⁵ de l'ordre du simple au double.

croissance économique qui a permis de garantir le financement du développement des dépenses sociales et la compensation des branches excédentaires. La crise économique combinée à l'entrée de la branche vieillesse dans la tendance probablement définitive au déficit structurel, a rendu la problématique financière évidente et pressante. Cet ensemble a induit nombre de réformes et changements visant à pérenniser le système de protection sociale, témoin de nos démocraties développées.

▪ *Un déficit d'ordre conjoncturel :*

Le mode de financement par des cotisations assises sur les salaires fait que les recettes du régime général sont très étroitement liées à la situation économique. L'évolution des effectifs de salariés de même que l'évolution des salaires sont en mesure de diminuer ou d'accroître le volume des cotisations recouvrées à un moment donné. Or, depuis le milieu des années 70, la croissance de l'économie accuse un net fléchissement. Depuis 1985, le PIB ne s'est accru en volume que de 1 à 1,5 % par an alors qu'auparavant il s'accroissait du double voire du triple. De plus, la période la plus récente se caractérise par une forte décélération des prix sur lesquels sont sensiblement alignés les salaires.

La population active n'augmente que faiblement accompagné de périodes de baisse et donc d'accroissement du nombre de demandeurs d'emploi et de sans emploi. Cumulée à l'effet du vieillissement de la population, cette situation a un effet défavorable, particulièrement sur l'assurance-maladie. En effet, les chômeurs, indemnisés ou non, ne participent plus au financement des organismes de la Sécurité Sociale, mais conservent leurs droits aux prestations de santé. L'augmentation du nombre de inactifs accroît l'écart entre l'effectif des cotisants et celui des bénéficiaires : le tristement célèbre rapport actifs/inactifs. En outre, il faut signaler leur consommation médico-sanitaire particulière tant en volume qu'en terme de risques¹⁴⁶.

La crise économique augmente aussi le montant de la dette patronale c'est-à-dire les cotisations des employeurs non recouvrées pour des raisons telles que : difficultés financières, faillites et liquidations, ...

2.2. Vers un redressement financier :

Comme nous venons de le constater, les problèmes financiers de la Sécurité Sociale semblent liés à l'impossibilité de dégager, dans une économie de crise, des ressources qui s'accroissent au même rythme que les dépenses. Depuis quelques années, des plans de redressement financier ont été instaurés et résultent, à gros traits, d'une triple volonté :

- accroître les ressources,
- infléchir le rythme d'accroissement des dépenses,

¹⁴⁶ Les assuétudes et leur cortège morbide.

- élargir la participation de l'Etat.
 - L'action sur les ressources : le rééquilibrage du budget de la Sécurité Sociale a nécessité et nécessite le recouvrement de recettes supplémentaires. Le principe adopté a principalement consisté en une tentative répétée d'adaptation du montant des cotisations à celui des dépenses. Deux techniques ont été utilisées : le relèvement des taux de cotisation et le déplafonnement, partiel ou total. La limite, suscitée par les effets sur l'emploi et sur la consommation, est rapidement atteinte et l'évolution a été compensée par une augmentation des taxes affectées. C'est l'option n°3.
 - L'action sur les dépenses : de nombreuses mesures ont été tentées et mises en œuvre afin de provoquer la décélération des dépenses de la Sécurité Sociale. Les Pouvoirs Publics se sont efforcés d'aligner l'évolution des prestations sociales sur celle des prix, y compris pour les retraites et les allocations familiales. En matière de soins de santé, l'évolution est marquée par un décalage entre les prix mais aussi par la mise en place de dispositions visant à réduire le volume des soins.
- Un premier choix consiste à accroître la participation financière des ménages au titre du ticket modérateur ; son effet, en plus d'être impopulaire, est restreint. Un deuxième choix s'inscrit dans la tentative de maîtriser l'offre de soins par une action menée auprès des producteurs. Elle concerne, à des degrés divers, les établissements de soins, les praticiens, la biologie clinique, la radiologie et la pharmacie.
- La participation de l'Etat : certaines dépenses, considérées comme indues au régime de la Sécurité Sociale, sont sorties de son budget. La participation de l'Etat s'accroît également en terme de transferts ; l'impôt se substituant peu à peu aux cotisations professionnelles.

2.3. Perspectives et interrogations :

Des discussions contradictoires, s'appuyant sur des prévisions entachées d'incertitudes, entourent les évaluations formulées sur les résultats futurs des comptes de la Sécurité Sociale. Les hypothèses sont marquées idéologiquement et certaines réformes optimistes ou audacieuses ne se voient pas concrétisées. L'accentuation de la politique de rigueur en matière de prestations sociales, et surtout celles qui touchent à la santé, est-elle socialement supportable ? La solidarité et l'équité, fondements du système de protection sociale, ne sont-elles pas mises à mal par la perspective du redressement désespéré d'un déficit structurel ? Comment conserver et pérenniser le système et sa logique tout en dégagant un supplément de recettes ? A moins qu'il faille l'abandonner en privatisant la Sécurité Sociale ?

Deux formes d'équité peuvent s'envisager : verticale ou horizontale. L'équité verticale, c'est payer en fonction des moyens et non selon les risques. L'équité horizontale, c'est soigner selon les besoins et non selon la contribution. Une forme d'assurance !

CONCLUSION

Cette rapide présentation de l'économie de la santé, en particulier de ses acteurs et de leurs caractéristiques principales, il nous appartient de dégager quelques idées maîtresses propres à ce secteur d'activité et dont certaines se sont fait jour au fil de notre réflexion.

Le marché des biens et services de santé est difficilement comparable à un marché classique car il présente deux caractéristiques qui l'en éloignent :

- les prix ne résultent pas d'une confrontation sur le marché entre producteurs (l'offre) et consommateurs (la demande) : les Pouvoirs Publics interviennent, en effet, en fixant les tarifs et en établissant des réglementations restrictives ;
- le marché est dépendant de la morbidité, ce qui à la fois le limite et pose comme impérative l'acquisition de biens et services de santé.

Du côté de la consommation proprement dite, trois remarques peuvent être formulées :

- la consommation médico-sanitaire est inélastique, c'est-à-dire qu'elle est peu sensible à l'évolution des revenus et des prix ;
- son financement est en grande partie socialisé, les interventions de la Sécurité Sociale étant quantitativement importantes ;
- ses possibilités de saturation sont floues parce que les limites entre le normal et le pathologique sont mal définies et parce que le champ d'intervention de la médecine est mobile.

En ce qui concerne la production, trois caractéristiques méritent d'être soulignées :

- les unités de production sont hétérogènes ; elles sont multiples et de dimensions très inégales ; hormis, et de manière prépondérante, l'industrie pharmaceutique, elles ne font pas l'objet d'un mouvement de concentration ;
- à la différence des productions industrielles qui fabriquent des objets manufacturés, uniformes, identiques les uns aux autres, le système de santé produit des services qui sont, en raison de leur nature, très différenciés, variés et multiformes ;
- le consommateur étant en général mal informé de l'utilité qu'il peut retirer de la consommation médico-sanitaire, le praticien intervient et choisit à sa place le produit ou le service le mieux adapté à sa morbidité. Cette asymétrie de l'information rend les consommateurs très dépendants des producteurs.

Ces remarques de synthèse témoignent de l'originalité du système de santé par rapport aux autres secteurs économiques ; ces particularités entraînent la complexité. La complexité et l'intrication de toutes ces composantes rendent difficile une action efficace et mesurée sur ce système.

Même face à une économie particulière comme nous venons de la définir, la relation se définit par la confrontation entre production et consommation, entre offre et demande. Compte tenu des particularités mentionnées au-dessus, l'action visant à maîtriser les dépenses du système de protection sociale vise à sa sauvegarde. La préservation de la Sécurité Sociale, idée centrale de nos démocraties, évitera également les risques sur les autres pans de notre société, considérés comme des « dommages collatéraux » : l'enseignement, la justice, ... De manière caricaturale, et nous l'avons déjà souligné, l'action peut être menée tant sur les dépenses que sur les recettes.

1- Détour international :

Un rapide survol des modèles développés par nos voisins permet de dégager non seulement une typologie des systèmes de protection sociale mais aussi, par les résultats obtenus, de dégager des pistes de réflexion et d'action sur ces systèmes. Il est possible de déterminer trois types de systèmes en matière de protection sociale. Ils se caractérisent par leurs fondements idéologiques qui ont influencé le mode de structuration principalement lié à son financement :

- l'orientation bismarckienne des assurances sociales,
- l'orientation beveridgienne à dominante Sécurité Sociale,
- la mixité d'orientation.

▪ L'orientation bismarckienne des assurances sociales :

Ce modèle, dont le principal représentant est l'Allemagne, rend obligatoire par la loi les assurances sociales. Elles ne couvraient à l'origine, que certaines catégories de salariés, organisés par profession et dont le salaire était inférieur à un plafond. La cotisation est payée partie par le salarié, partie par l'employeur. Seuls sont couverts ceux qui contribuent par leur participation financière au fonctionnement du régime.

Par la suite, la plupart des pays qui avaient créé des « assurances sociales » les ont étendues à d'autres catégories de travailleurs, y compris aux indépendants, aux agriculteurs, ... et ont supprimé la condition de ressources. Seules, à la fin des années 80, l'Allemagne et l'Irlande conservaient un plafond au-delà duquel on était exclu du bénéfice de l'assurance sociale. En Allemagne, il est toutefois possible d'y adhérer volontairement.

Il reste qu'aujourd'hui, dans les nations de ce type, une partie de la population, minime, qui n'est pas couverte. Les prestations dépendent de la durée de cotisations et du salaire. Il est constitué de quatre branches : maladie, retraites, accidents, chômage. Une notion importante est celle de l'autonomie des caisses d'assurances sociales, qui reste très nombreuses, éparpillées sur

une base territoriale mais il existe aussi des caisses d'entreprises, des caisses corporatives. La concurrence est active sur le rapport qualité-prix.

Les soins médicaux chez le médecin sont gratuits à condition de consulter un praticien agréé par la caisse, mais les patients versent un ticket modérateur forfaitaire par médicament. Ce sont les caisses qui rémunèrent les médecins en fonction du nombre d'actes pratiqués. La répartition est effectuée par des associations de médecins conventionnés. D'autres, comme le Japon, ont adopté le système de franchise.

- L'orientation Beveridgienne à dominante Sécurité Sociale :

Différent dans sa philosophie de base, le système de la Sécurité Sociale a été institué, à proprement parler, au Royaume-Uni, après la Seconde Guerre mondiale, en application des idées de Lord Beveridge sur la notion de « *welfare state* ». Tous les citoyens sont couverts sans condition dès lors que le système entre en vigueur. L'affiliation est automatique sans qu'il y ait référence au statut professionnel ou à l'effort contributif personnel.

Ce sont les principes d'universalité et d'unicité qui s'appliquent ici : un seul régime pour toute la population sans exception. La couverture sociale est assurée par l'impôt au titre de la solidarité nationale. Le montant des prestations est uniforme : il ne dépend pas, par exemple, du niveau de salaire. La gestion est, elle aussi, unique et centralisée sous la forme du service public. Deux grands tenants aux résultats opposés : la Grande-Bretagne¹⁴⁷ et la Suède ; la différence s'observe en termes de coûts, de qualité, de niveau de prestations et d'origine de financement. Il y a bien des choix politiques.

- La mixité d'orientation :

Un troisième groupe de pays, souvent de type fédéral, a adopté des systèmes mixtes où l'on rencontre un panache des assurances sociales plus ou moins généralisées et d'assurances « socio-privées » organisées par des entreprises ou des associations. Par ailleurs, le niveau de protection diffère selon les Etats fédérés, les provinces ou les cantons.

Le système de protection sociale des Etats-Unis est de type mixte et d'architecture assez compliquée. Il est moins défavorable qu'on le dit, mais il est vrai qu'il est très inégalitaire : une Sécurité Sociale minimaliste, composée du Medicare et du Medicaid, complétée par un système d'assurances socio-privées. Ces dernières reposent sur l'effort contributif des assurés et des employeurs. Il comprend, dans le domaine de la maladie, des assurances privées commerciales, des assurances privées à but non lucratif et des assurances d'entreprises négociées par les syndicats ou mises en place directement par la firme.

¹⁴⁷ Le NHS est en quasi faillite.

Les compagnies d'assurances passent contrat soit avec des associations médicales où est maintenu le paiement à l'acte tarifié conventionnellement, soit avec des HMO, « *Health Maintenance Organizations* », regroupements de médecins payés au forfait, à l'année et à l'avance pour chaque assuré inscrit. Conséquence inévitable : une médecine à deux vitesses (au moins) où une partie non négligeable de la population est mal, voire non protégée.

2- Economie politique de la santé :

Pour revenir sur les deux axes d'intervention en matière de protection sociale, nous avons précisé que l'action pouvait se porter sur l'augmentation des recettes ou sur la diminution des dépenses. L'économie est toujours soutenue par des choix politiques et donc idéologiques. Nous retrouvons bien entendu les deux grands courants : le libéralisme et le socialisme. Le système de protection est au cœur de nos nations développés, un enjeu démocratique, certes, mais économique et financier non négligeable.

De manière caricaturale, inévitablement réductrice, il faut convenir que le libéralisme dont l'idée maîtresse est la notion de marché, considère le social comme un frein au développement des économies. Le socialisme affirme que le social régule l'économie et redistribue ses fruits.

Les cotisations sociales, articulation de l'économie au social, est devenu le principal point de mire de ce genre de débats. Asseoir le financement du système sur des cotisations calculées sur les salaires pénalise l'économie par les coûts de production qu'elles entraînent. L'effet est double puisqu'elles grèvent la productivité des entreprises et la consommation des ménages. C'est l'effet boule de neige ! Cette première affirmation est à relativiser puisque le système social, par les dispositions et les revenus de substitution qu'il propose, possède des vertus de stabilisation conjoncturelle, en réduisant les effets de la crise.

Le débat glisse alors sur l'assiette des cotisations : plafonnement ou déplafonnement, calcul sur la plus-value des entreprises, calcul sur le capital¹⁴⁸. Un calcul des cotisations sur la TVA des entreprises pose des problèmes non seulement de risques de fraude, mais par la relative injustice qu'elle génère tant du côté des entreprises que du côté des consommateurs. Actuellement, la tendance est à la fiscalisation de la Sécurité Sociale où la part des transferts de l'Etat, de l'impôt vers la Sécurité Sociale, a tendance à poursuivre son accroissement. Cette option a permis l'élargissement des prélèvements sociaux au-delà des seuls revenus du travail¹⁴⁹.

De par les caractéristiques de la demande de soins de santé, l'action sur cette demande s'est révélée relativement inefficace et socialement contestable. Sur le plan économique, il s'avère que le marché de la santé n'est pas exactement comme les autres : la concurrence par les prix ne

¹⁴⁸ Le système actuel pénalise les entreprises à fort coefficient de main d'œuvre.

¹⁴⁹ L'exemple de la CSG en France.

joue pas. Le ticket modérateur, signe visible de cette option, n'atteint pas les objectifs attendus, au contraire ! L'augmentation de la charge financière des malades se pose en contradiction avec le principe d'accès(-sibilité) aux soins.

L'action sur l'offre prend naturellement des allures de porte de sortie, en témoigne l'apparition de notions comme volume de soins, quotas, profils de prescription, fidélisation, double avis. Elle ouvre la piste suivante : modifier le mode de rémunération des professions de santé plutôt que de faire payer le consommateur. Le mode de rémunération dominant est celui du paiement à l'acte corrélé par le libre choix du patient. Les effets pervers sont :

- le nomadisme médical, conséquence du libre choix, entraîne l'augmentation de la consommation ;
- l'augmentation du nombre d'actes comme conséquence du paiement à l'acte, entraîne l'augmentation des dépenses. N'ayant pas d'action sur le prix, car fixé, le praticien n'a de recours que dans l'augmentation du volume d'actes ;
- conséquence de conséquences : l'augmentation du volume incite à la baisse des prix, qui invite à son tour à augmenter de plus derechef les volumes.

Les alternatives au paiement à l'acte des producteurs de soins de santé sont :

- la médecine salariée (¹⁵⁰),
- la rémunération à la capitation où le généraliste joue le rôle de fédérateur et de filtre¹⁵¹ en amont et en aval des soins spécialisés et hospitaliers,
- le système de l'enveloppe globale permet la régulation du volume par les prix puisque l'enveloppe globale correspond au prix unitaire multiplié par le nombre d'actes. Si le nombre d'actes augmente, le prix payé pour chaque acte diminue.
- Un système hybride tel celui des HMO aux USA où est réunis prestataires et assureurs mettant ainsi en concurrence les hôpitaux et les médecins mais entraînant la sélection des risques et donc des patients (?¹⁵²).

Pour conclure ce court paragraphe d'économie politique de la santé, il faut rappeler que l'économie de marché s'applique bien à la santé avec pour seule limite que la sélection des risques s'oppose à sa logique fondamentale : la solidarité. Le juste milieu n'est ni trop bureaucratique car entraîne la déresponsabilisation, ni trop concurrentiel car c'est la porte ouverte à la médecine à deux vitesses. Le problème est transversal aux différents pans de la Sécurité Sociale et touche d'ailleurs les systèmes de retraite¹⁵³.

¹⁵⁰ No comment !

¹⁵¹ *Gate-keeper*

¹⁵² Commentaires attendus...

¹⁵³ Voir le débat entre capitalisation et répartition.

3- Vers quelles manœuvres s'oriente la Belgique ?

Ces manœuvres ou pistes d'action seront rapidement abordées et de manière non exhaustive compte tenu de l'interpénétration des facteurs, des causes et des effets et de l'emprise idéologique que ces choix sous-tendent. Comme signalé ci-dessus, nous limiterons le propos et peut-être les débats, à l'approche par l'offre dont l'objectif est de contingentier les dépenses de santé en agissant sur les prestataires et acteurs du système sanitaire, à l'exception du consommateur. Pour rappel, les manœuvres visant à responsabiliser et limiter la consommation se sont révélées, au mieux, inopérantes, au pire, génératrices de surcoûts.

3.1. Les médicaments et l'industrie pharmaceutique :

Même si la part consacrée reste modeste¹⁵⁴, de nombreuses tentatives, visant à réduire les dépenses de santé, se sont orientées vers l'industrie pharmaceutique. Elle est le versant industriel, producteur de biens et, apparemment, seul intervenant marchand dans un univers non-marchand de services. Cette diabolisation de l'industrie du médicament est d'autant plus aisée à opérer compte tenu des marges bénéficiaires et de l'image « riche » de ce secteur.

- Nous avons relevé que, tant en termes de coûts que d'effectif, cette industrie consacre autant à la R&D qu'à la promotion et la publicité de ses produits, soit de 15 à 20 %. Nous parlons donc d'information médicale avec le personnage du visiteur médical. La publicité est particulièrement surveillée et même restreinte vis-à-vis du grand public et contrôlée du côté des prescripteurs. Cette constatation amène d'ailleurs son corollaire : une large partie de ce budget « promotion » est alloué à l'effectif des représentants et délégués. Des chiffres restent éloquentes et donnent la dimension de l'activité présumée stratégique.

Budget « publicité »	=	100 Millions d'€
Budget « information médicale »	=	80 Millions d'€
Nombre de médecins en Belgique	=	27.973
		Soit ± 3.000 € par médecin.

Le délégué médical représente bien entendu la majorité de cette dépense, puisque à la même époque, on décomptait un visiteur médical pour 11 médecins. Il est l'axe central de la stratégie promotionnelle de l'industrie pharmaceutique et on ne lésine pas sur les moyens et les techniques.

Une disposition vise à limiter encore cette emprise sur les prescripteurs¹⁵⁵ : la

¹⁵⁴ 6 % du budget des soins de santé.

¹⁵⁵ Une étude l'a montrée !

limitation du nombre d'échantillons, une quotité rapportée au marché réel, leur délivrance conditionnelle de leur prescription et le plafonnement des opérations de marketing.

- Si on croise le classement par volume de vente des spécialités pharmaceutiques avec la classification de l'OMS¹⁵⁶, il est curieux de constater que seules trois molécules du Top10 sont considérées comme essentielles. La question qui se pose est désormais celle de l'utilité sociale du médicament, utilité qui conditionnerait la socialisation de son coût, c'est-à-dire son remboursement. La logique ainsi instituée permet d'opérer le déremboursement. Ainsi, certains médicaments sont tout simplement sortis du système pharmacologique¹⁵⁷. D'autres ne sont plus remboursés, même si la prescription reste de rigueur, ou ne sont plus remboursés au même taux. La France a appliqué ce raisonnement en excluant du remboursement par la Sécurité Sociale de plus de 600 spécialités dont le service rendu est évalué comme faible.
- L'ouverture du marché à la concurrence fut encouragée par l'arrivée des copies et la notion de « génériques » dont le prix de vente doit être de 40 % inférieur à celui de la spécialité correspondante. Les pratiques n'ont pas encore bien suivi cette logique économique. Cette idée de concurrence est bien européenne ; pourquoi ne pas espérer une harmonisation du nom commercial et surtout du prix des spécialités pharmaceutiques ? Il existe en effet de très fortes disparités de prix entre des spécialités issues de la molécule et produites par la même firme.
- Une mesure fréquemment envisagée, et développée en particulier à l'égard des nouvelles molécules au prix très élevé, est celle qui consiste à conditionner sa délivrance et son remboursement à certaines règles : type de praticien, examens diagnostiques préalables, contrôles, etc. L'effet attendu est réel si on s'abstient de considérer les coûts engendrés par ces contrôles et/ou les examens réclamés.

3.2. Les organismes assureurs :

Le particularisme belge en matière de système d'assurance maladie a engendré l'interposition des organismes assureurs entre le consommateur et la Sécurité Sociale. Ceux-ci sont largement représentés par les mutuelles regroupées en cinq Unions nationales. Ces unions nationales d'organismes assureurs regroupent 122 fédérations de mutuelles qui rassemblent elles-mêmes 1696 mutuelles reconnues.

¹⁵⁶ essentiels et complémentaires.

¹⁵⁷ les vitamines, fortifiants,...

Cette immixtion a bien évidemment un coût de gestion, estimé à 10,5 % du budget de l'assurance maladie-invalidité. Des dispositions ont voulu réduire ces coûts indirects en instaurant la notion de responsabilité financière des O.A., reportée en partie sur les adhérents. Il s'agit de retrouver la notion de cautionnement, utilisée en assurances.

Cette opération a forcé le mouvement, déjà entamé par les principales alliances mutuellistes, où elles cherchent à se positionner comme intervenants actifs en matière de santé, devenant plus que de simples organismes payeurs. Si bien qu'elles tendent à formaliser certaines règles allant dans le sens d'un rationnement ou visant à promouvoir des comportements responsables de la part de leurs adhérents.

Il vaut ajouter à cette description que leur statut ne peut être distingué de la pilariation traditionnelle du système idéo-politique belge. D'ailleurs, la relative autonomie, leurs liens avec les partis politiques et les syndicats comme le volume de leurs ressources confèrent aux mutuelles un poids considérable dans la vie politique et sociale du pays. Il faut ajouter qu'elles peuvent être considérées, au moins indirectement, comme prestataires de soins de santé. En 1990, les deux premières unions comprenaient 72 % des assurés et possédaient près de 6500 lits hospitaliers, 300 pharmacies, 115 polycliniques, 35 maisons de repos, 10 maisons de convalescence et plus de 20 ateliers protégés.

Les mutuelles sont également assureurs comme ils proposent des assurances complémentaires en matière de santé et d'hospitalisation. Nous avons à plusieurs reprises précisé l'effet inducteur de consommation de cette forme d'assurances. Dans le même cadre, nous pouvons y ajouter les MAF puisque la logique poursuivie est sensiblement la même¹⁵⁸. Il s'agit d'opérer une forme de sélectivité par la franchise tout en préservant l'équité en termes d'accès aux soins de santé. Des effets pervers, identiques à ceux observés à l'usage du ticket modérateur, semblent présager de leur limite.

3.3 Les hôpitaux :

L'univers hospitalier reste au centre des préoccupations financières du système de santé puisqu'il représente une grande partie du budget des soins de santé. La tendance du plus en plus marquée à la forfaitarisation des dépenses hospitalières a débuté avec les alternatives à l'hospitalisation. Ces dispositions ont témoigné de leurs limites voire dans certains cas, de leur contre-productivité. La forfaitarisation s'est aussi focalisée sur les services paracliniques de l'hôpital : la biologie fut la première. En effet, le ou les laboratoires ont longtemps été les « vaches à lait » des hôpitaux en comblant de leurs bénéfices le déficit de la structure qui les abritait. La radiologie et les honoraires de garde et de surveillance ont

¹⁵⁸ La population visée est simplement différente.

suiwi la même voie. Le rationnement de l'offre hospitalière a aussi marqué un temps d'arrêt surtout au regard du nombre de lits. En termes d'équipements lourds et technologiques, la mise en place des autorisations n'a pas empêché certains de s'équiper, ni même à réduire la facture. De manière plus large, il faut considérer – et une voie de manœuvres peut alors s'ouvrir – que l'arrivée d'une nouvelle technique ou d'un nouveau matériel ne vient pas se substituer mais bien s'ajouter ; effet cumulatif des dépenses.

C'est l'opportunité des soins qui se pose désormais même si l'idée ne réjouit pas les professions libérales. Le RCM, RIM, devenu DI-RHM, et autres mesures d'enregistrement s'orientent vers de nouvelles perspectives de financement puisqu'ils visent à déterminer le concept de « groupes homogènes de malades » : DRG pour *diagnosis related groups*. Sur ces groupes viendra se greffer l'allocation d'une enveloppe de type forfaitaire. La mise en concurrence des hôpitaux devient envisageable en termes de coûts, de qualité et de rentabilité. Cette vision oblige l'hôpital à dépasser une notion qu'il a eu quelques peines à admettre, celle d'entreprise et prendre le pas de celle du marketing.

3.4 Les métiers de la santé :

Ces métiers sont marqués, et le mouvement entamé ne fait accroître encore le fossé, par l'hyperspécialisation techniciste de la médecine hospitalière. Ce mode central de consommation médico-sanitaire a entraîné certaines dérives dont, au premier chef, la pléthore médicale. Cette pléthore a instauré la notion de *numerus clausus*, dont la portée ne semble pas si évidente. Prenons le contre-pied de cette vision en considérant les autres prestataires de soins de santé.

Le médecin généraliste, sept ans d'études, se cantonne à la fonction d'un « certificateur » ainsi que de porte d'entrée facultative à l'hospitalisation et/ou à la médecine spécialisée. Le pharmacien, avec ces cinq années d'études, semble n'être qu'un marchand de boîtes tandis que les infirmières, quatre ans d'études, restent dans un rôle largement subalterne et subordonné. Cet aspect semble être l'élément principal lorsqu'on tente d'expliquer la pénurie de personnels soignants : le nombre de « vocations » ne baisse pas mais le taux d'abandon est plus révélateur¹⁵⁹. Ce rapide profilage, presque caricatural, laisse néanmoins entrevoir la sous-productivité des métiers de la santé.

Cette sous-productivité est encore accentuée par la socialisation du revenu d'une profession libérale et la survalorisation de l'approche curative de la médecine. La profession médicale, et les autres para-, se sont considérablement enrichies grâce à l'instauration de la Sécurité Sociale, responsable de ce « passeport pour la prospérité » qui

¹⁵⁹ La durée d'exercice d'une infirmière est de 8 ans.

a marqué l'engouement des années 1950 à 1975 pour les études de médecine.

On imagine ce qui serait échu aux garagistes si l'assurance automobile leur garantissait l'acceptation de tous leurs devis ou surtout le remboursement, sans devis, de toutes leurs factures ! La socialisation de la consommation de santé s'est focalisée sur la médecine curative au détriment des autres dimensions. L'avènement progressif de la notion de santé publique révèle les limites de ce mode quasi exclusif d'approche des problèmes sanitaires, aux répercussions financières désormais connues mais peu maîtrisées. Il y réside certaines pistes. Alors qu'on parle de responsabilisation, le système pénalise le patient phénylcétonurique ou le malade cœliaque qui se soigne puisque la Sécurité Sociale ne rembourse pas les produits diététiques susceptibles d'améliorer son état de santé, et d'éviter d'autres dépenses plus conséquentes. La problématique des assuétudes comme de l'obésité se situent dans la même perspective.

Il reste tant à faire !

MACRO-CONCLUSION

Cet abord économique de la santé suggère à l'ensemble des intervenants du monde de la santé, aux cadres de santé, hospitaliers ou non, infirmiers ou non, que l'approche macroscopique des problématiques propres à notre microcosme s'impose si nous souhaitons intervenir efficacement. Cette approche systématique et globale s'oppose à la vision traditionnelle, encore très prégnante et tellement nombriliste de l'hôpital, des soins, de la santé. Cette logique ne contredit nullement la logique soignante, elle peut même la transcender. Elle nous invite à penser, à dire et à agir autrement en usant de concepts novateurs et peut-être prometteurs comme réseaux, client-fournisseur, entreprise ou marketing.

Nous terminons ce cours en définissant ce terme qui semble si étranger, presque inopportun : le marketing ! Le marketing ne se limite pas à faire vendre un produit ou un service en milieu concurrentiel. Le but premier d'une telle démarche est intéressante, utile afin de connaître le point de vue de la demande¹⁶⁰ afin d'améliorer la transaction. La démarche marketing a pour mission d'améliorer les performances par l'adéquation entre l'offre et la demande, par la même, elle place le consommateur au premier plan, avant même de s'intéresser au produit/service ou à l'institution productrice. Sans aller plus loin, voilà une définition qui devrait satisfaire les soignants soucieux de leur bénéficiaire (de soins).

¹⁶⁰ Entre autre, par l'usage de la notion de satisfaction.

PLAN :

- 1- **L'organisation et le financement de la sécurité sociale ;**
- 2- **Les allocations familiales ;**
- 3- **L'assurance maladie-invalidité**
- 4- **Les accidents du travail et les maladies professionnelles ;**
- 5- **L'indemnisation du chômage ;**
- 6- **La prépension ;**
- 7- **Les pensions de retraite et de survie ;**
- 8- **Les régimes d'assistance.**

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I L'ORGANISATION ET LE FINANCEMENT DE LA S.S.

1. Organisation
 - Les institutions de la sécurité sociale
 - Les relations entre les administrations de la S.S. et les assurés sociaux
2. Le financement de la sécurité sociale
 - Les cotisations sociales
 - L'intervention de l'Etat
 - Les cotisations spéciales à la S.S.
3. L'assujettissement à la sécurité sociale

CHAPITRE II LES ALLOCATIONS FAMILIALES

1. Les travailleurs attributaires
2. Les enfants bénéficiaires
3. Types d'allocations familiales et calcul
4. Le paiement des A.F.
5. Les allocations familiales garanties

CHAPITRE III L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

1. Organisation de l'assurance maladie-invalidité
2. L'assurance soins de santé
 - Qui est assuré en matière de soins de santé ?
 - Les prestations

3. L'assurance indemnités
 - Qui est couvert par l'assurance indemnités ?
 - L'incapacité de travail
 - Autres prestations
 - Conditions générales d'octroi

CHAPITRE IV LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Les accidents de travail
 - Travailleurs couverts et organisation
 - Le risque couvert
 - Les prestations de soins de santé
 - En cas de décès de la victime
 - En cas d'incapacité de travail
2. Les maladies professionnelles
 - Principes et définitions
 - L'indemnisation des victimes
 - Responsabilité de l'employeur

CHAPITRE V L'INDEMNISATION DU CHOMAGE

1. L'organisation de l'assurance chômage
2. Les conditions d'admission ou admissibilité
3. Les conditions d'indemnisation
4. Le montant des allocations de chômage
5. Durée de l'indemnisation et formalités
6. L'assurance-chômage et le travail à temps partiel
7. Les allocations spécifiques

CHAPITRE VI LA PREPENSION

1. Définitions
 - L'indemnité complémentaire
 - Les allocations de chômage
2. Les conditions d'accès à la prépension
3. Le statut du prépensionné
4. Les obligations de l'employeur
5. La prépension à mi-temps

CHAPITRE VIII LES REGIMES D'ASSISTANCE

Remarque préliminaire : les éléments présentés ici nécessitent une constante actualisation. La matière est mouvante. Je vous en laisse le soin !

1. Organisation de la sécurité sociale

▪ Qu'est-ce que la sécurité sociale ?

La sécurité sociale (SS) est un ensemble de dispositions garantissant certains avantages aux personnes lorsqu'elles sont confrontées à certaines éventualités. En Belgique, elle concerne les cinq secteurs suivants :

- ⇒ Les allocations familiales (AF),
- ⇒ L'assurance maladie-invalidité (AMI),
- ⇒ Les pensions,
- ⇒ Le chômage,
- ⇒ La réparation du risque professionnel (AT & MP¹⁶¹).

Le système belge de SS s'appuie à la fois sur un système d'assurances obligatoires et sur des mécanismes de solidarité. Les interlocuteurs sociaux sont donc associés à sa gestion. Les régimes d'assistance¹⁶² ne font pas partie des régimes de la SS et relèvent d'une logique différente. Trois grands régimes sont à distinguer au sein du système de SS :

- 1- *Le régime des travailleurs salariés* : Il est le plus important et dénommé, de ce fait mathématique, le régime général. Il concerne la quasi-totalité des salariés du secteur privé et une partie non négligeable du personnel du secteur public. Les salariés sont couverts pour tous les secteurs de risque¹⁶³ énumérés ci-dessus. Notons deux aspects particuliers. Il subsiste historiquement, à l'intérieur du régime général, un régime particulier pour les marins de la marine marchande. D'autre part, il existe quelques mini-systèmes de SS complémentaires, propres à un secteur voire à une entreprise.
- 2- *Le régime des indépendants* : il offre une couverture en matière d'AF, de pensions et de maladie-invalidité. En cas de faillite, ils bénéficient de prestations pour une durée limitée mais ne sont pas couverts contre les autres hypothèses de chômage.
- 3- *Le ou plutôt les régimes pour les agents des services publics* : ils concernent les agents nommés à titre définitif. Ils sont assujettis au régime général des salariés pour les soins de santé. L'organisme qui les emploie les couvre en matière d'AF, de pensions,

¹⁶¹ Accidents de Travail et Maladies Professionnelles.

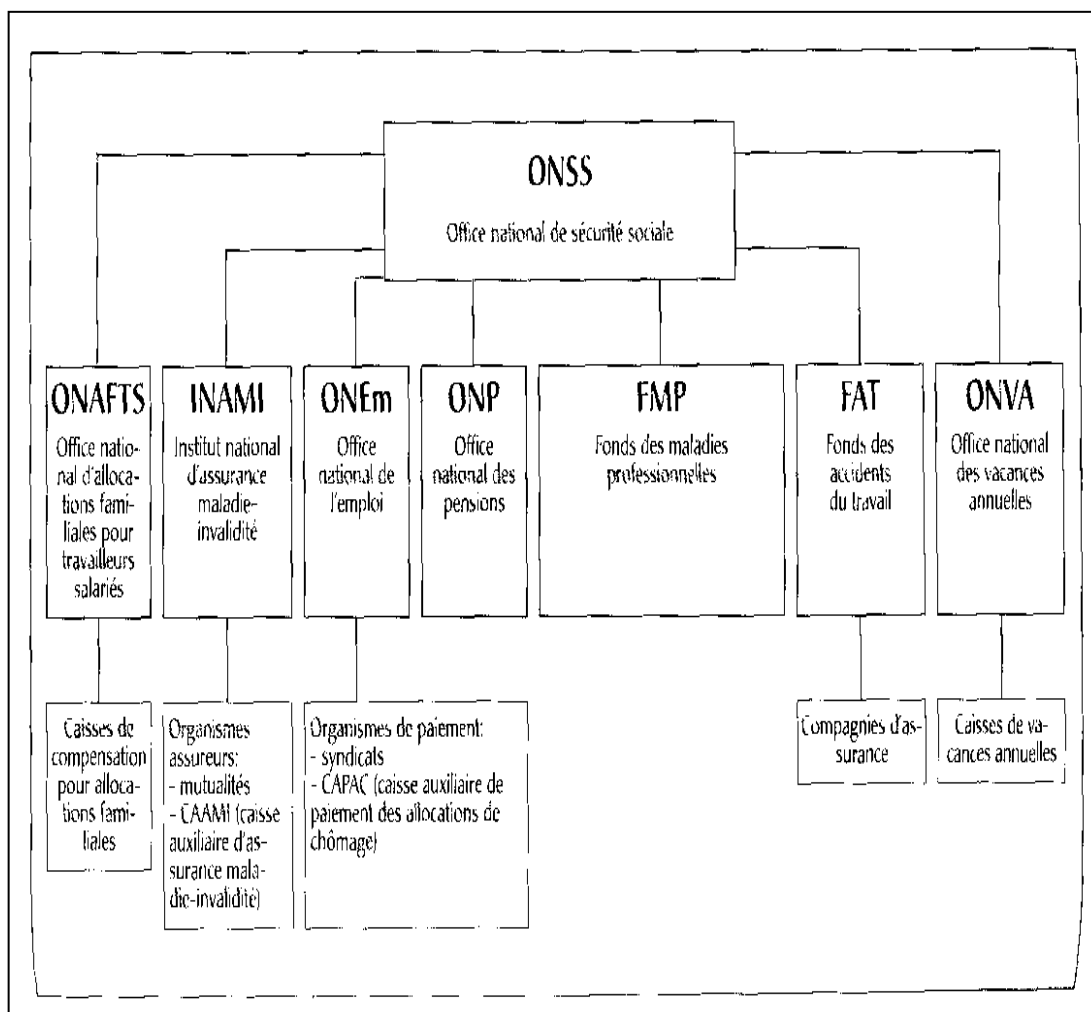
¹⁶² aide sociale, revenu de survie, allocations pour handicapés...

¹⁶³ Remarque complémentaire : pour des raisons historiques et pratiques, la SS des salariés paie également le pécule de vacances des ouvriers et récolte diverses cotisations destinées au financement du congé-éducation payé (p.ex.).

d'indemnités de maladie-invalidité, d'AT et de MP. Ils ne sont généralement pas couverts contre le chômage.

- **Les institutions de la sécurité sociale**

Schéma des institutions du régime général des travailleurs salariés.



- **Les relations entre les administrations de la S.S. et les assurés sociaux**

La législation a marqué une sensibilité accrue à la transparence administrative et aux règles de bonne administration c'est-à-dire à l'établissement de relations correctes entre l'administration et les administrés. Des textes ont aménagé cet « espace » : protection de la vie privée, médiateurs, etc.. Une circulaire de 1993 développe une « Charte de l'utilisateur des services publics ». Il est essentiel de noter, en ce sens, la création d'une Banque-carrefour en matière de SS qui s'applique principalement au traitement de données sociales et informatisées et aux règles de communication de celles-ci.

Une charte a également été établie pour l'assuré social. Elle établit un certain nombre de règles, par exemple, pour la motivation des décisions en matière de SS, la récupération d'allocations indûment payées, les délais de recours, etc.. La consigne est précise : l'administration a devoir d'information et de conseil dans un « langage clair ».

2. Le financement de la sécurité sociale

▪ Les cotisations sociales :

La base de financement de la SS est actuellement constituée des cotisations prélevées sur le salaire des travailleurs et des cotisations à charge des employeurs. Elles sont calculées sur la base du salaire brut, non plafonné. La cotisation personnelle du travailleur est retenue sur son salaire. La cotisation patronale s'ajoute au salaire brut.

En ce qui concerne les ouvriers, les cotisations sont calculées sur 108 % du salaire brut, en compensation des cotisations que l'employeur ne paie pas sur le pécule de vacances.

Quelques exemples¹⁶⁴ de cotisations sociales :

TAUX DE PRELEVEMENTS en % du salaire brut non plafonné :	Travailleur	Employeur	TOTAL
COTISATIONS AFFECTEES A LA SS :			
- Pension	7,5	8,86	16,36
- Soins de santé	3,55	3,8	7,15
- AMI Indemnités	1,15	2,35	3,5
- Chômage	0,87	1,46	2,33
- Allocations familiales	-	7	7
- Accidents du travail	-	0,3	0,3
- Maladies professionnelles	-	1,1	1,1
COTISATION GLOBALE	13,07	24,77	37,94
- chômage (E de + 10 tr.)	-	1,69	1,69
- modération salariale ¹⁶⁵	-	7,48	7,48
COTISATIONS NON AFFECTEES A LA SS :			
- congé-éducation payé	-	0,04	0,04
- vacances annuelles des ouvriers	-	(16,27)	(16,27)
- plan d'accompagnements chômeurs	-	x	x
- fonds de fermeture	-	x	x
- parcours d'insertion jeunes	-	x	x
TOTAL a + b	± 13 %	± 34 %	± 47 %

Depuis quelques années et le « plan global », la loi ne fixe plus le taux de cotisations par secteurs de la SS. Ainsi, une cotisation globale est prélevée dont l'apport est réparti entre les

¹⁶⁴ Liste non exhaustive et variable.

¹⁶⁵ La « modération salariale » est née avec la dévaluation du franc belge (1983-1984). Elle a pour objectif de maintenir la compétitivité des entreprises et ainsi de sauvegarder l'emploi. Certains travailleurs, et donc leur employeur, en sont exonérés.

secteurs. L'employeur doit payer, en plus de cette cotisation globale, une cotisation de modération salariale, une cotisation destinée au financement du congé-éducation, etc.. Depuis 2007, une cotisation spéciale à la sécurité sociale dans le cadre du plan global du redressement de la SS est venue allonger la liste. Cette dernière tient compte du niveau de revenu (par tranches) et de l'existence d'un ou de deux revenus par ménage.

▪ **L'intervention de l'Etat :**

1°- *le budget général de l'Etat :*

Le montant de l'intervention de l'Etat dans le financement de la SS a été fixé par la loi Dhoore (1981). Elle précisait un pourcentage de prise en charge par les caisses de l'Etat de certaines dépenses. Quelques exemples :

- en soins de santé : 80 % des dépenses consacrées aux VIPO¹⁶⁶ ;
- en matière d'indemnités : pourcentage variable des indemnités d'invalidité (50 à 95 % selon la durée) et la charge des indemnités pour frais funéraires ;
- pour les pensions : 20 % des dépenses ;
- pour le chômage : la différence entre les recettes et les dépenses (!!!)

A présent, depuis les années 90, le gouvernement fixe cette intervention de l'Etat (%) qui est indexée d'année en année.

2°- *Le financement alternatif de la SS :*

Il s'agit principalement de l'introduction de nouveaux prélèvements en dehors du système social : augmentation de taux d'accises, de TVA, du précompte mobilier ou immobilier, une cotisation sur l'énergie, une « contribution complémentaire de crise », etc.. Elles sont, bien entendu, destinées à couvrir les dépenses mais aussi à compenser, dans une certaine mesure, les diminutions de recettes. Ces dernières trouvent deux origines : l'une conjoncturelle, l'autre structurelle¹⁶⁷ puisque l'Etat « offre » des réductions de cotisations sociales. Depuis peu, ces montants sont confondus et exprimés en un pourcentage du produit de la TVA¹⁶⁸.

▪ **Les cotisations spéciales à la S.S. :**

1°- *Le fonds pour l'équilibre financier (FEF) :*

Mis en place en 1983, il a pour objectif de couvrir le déficit de certains secteurs par des cotisations spéciales ou des transferts d'autres secteurs. Il a perdu sa signification, étant donné que toutes les ressources sont versées dans le pot commun : gestion globale car cotisation globale.

¹⁶⁶ Désormais remplacé par les BIM (cf. plus loin).

¹⁶⁷ Nous reprendrons cette distinction dans le cours d'Economie politique de la santé.

¹⁶⁸ à hauteur de 20 %.

2°- *La cotisation de modération salariale* (déjà évoquée en note de bas de page précédente)

:

Entre 1984 et 1987, les travailleurs ont subi trois sauts d'index ou non-indexation, correspondant à une modération salariale de 6 % dont le produit a été affecté au financement de la SS. Un AR est venu transformer et par-là, pérenniser cette indexation en une cotisation sociale.

3°- *La cotisation spéciale « plan global » :*

Cette cotisation dépasse le cadre du régime général, puisqu'elle vise tous les travailleurs et les fonctionnaires relevant du système belge ainsi que les allocataires sociaux, les ministres, les magistrats, les ministres du culte, les gouverneurs, les bourgmestres, les échevins, etc.. Cette cotisation est calculée sur base du revenu net total imposable du ménage sans les pensions et les rentes. Pour les travailleurs, la retenue est opérée mensuellement par l'employeur, sur le salaire net après retenue des cotisations ONSS. Pour les allocataires sociaux, la retenue est opérée sur les prestations sociales. Le décompte est alors effectué par le fisc lors de l'imposition l'année suivante.

4°- *La cotisation des invalides, des pensionnés et des prépensionnés :*

Une retenue est effectuée sur ces indemnités sur base d'un pourcentage mais plafonnée. Ce mécanisme permet de garantir des revenus minimums. Il tient compte de l'existence ou de l'absence de charge de famille. La retenue est effectuée par l'organisme débiteur : la mutuelle du bénéficiaire dans le premier cas ou par l'employeur dans le second cas. Le produit est affecté à l'ONP.

5°- *Des cotisations diverses :*

En vrac et non exhaustivement, on trouve : la cotisation sur le travail des étudiants pendant les vacances (job), la cotisation à charge du travailleur à temps partiel avec maintien de l'allocation de chômage, la cotisation de solidarité sur les véhicules de société ou sur les pensions extra-légales, etc..

3. L'assujettissement à la sécurité sociale

▪ Qu'implique l'assujettissement à la sécurité sociale ?

La conséquence pratique la plus immédiate de l'assujettissement à la SS est de devoir payer les cotisations à l'ONSS. Cet assujettissement est nécessaire pour se créer des droits en matière de pensions de retraite, de chômage et d'indemnités de maladie. Pour les soins de santé et les AF, le lien est différent, plus ténu.

▪ **Qui est assujéti à la SS ?**

D'une manière générale, toute personne liée par un contrat de travail est assujéti. Certaines exceptions sont à signaler : le travailleur occasionnel¹⁶⁹, les étudiants¹⁷⁰, certains travailleurs saisonniers de l'agriculture et de l'horticulture, certaines activités dans le domaine socioculturel¹⁷¹. L'assujétissement peut être partiel comme c'est le cas pour les apprentis « classes moyennes » ou « industriels » et les sportifs professionnels¹⁷². Les agents des services publics nommés à titre définitif ainsi que les enseignants du réseau libre nommés à titre définitif ne sont assujétis qu'au secteur des soins de santé.

▪ **Sur base de quel salaire sont perçues les cotisations à la sécurité sociale ?**

Règles générales :

Les cotisations personnelles et patronales sont dues sur tous les éléments de la rémunération : salaire de base, primes, commissions, etc.. Les indemnités de licenciement sont en principe exclues sauf sur l'indemnité compensatoire de préavis, l'indemnité due en cas de rupture avant terme d'un contrat à durée déterminée, l'indemnité de protection des candidats, des délégués au CE, au CPPT et celle des délégués syndicaux, l'indemnité en cas de rupture de commun accord du contrat.

Des règles particulières :

Elles concernent des éléments dits « avantages en nature ». Elles concernent les pourboires, les chèques-repas, les chèques-cadeaux, etc.. Eu égard à leur importance, un régime distinct et précis a été mis en place tant pour leur évaluation en matière de sécurité sociale que de leur imposition. Sachez que ces chèques, dont l'octroi est limité et encadré par un AR, sont considérés comme salaire et donc soumis aux cotisations sociales.

▪ **Sécurité sociale et documents sociaux**

Les obligations administratives des travailleurs et des employeurs subissent actuellement une importante transformation, liée au processus d'informatisation de la sécurité sociale.

- Instauration de la carte d'identité sociale (SIS) : de preuve d'assurabilité puis d'identification fiable, son utilité devrait encore s'étendre.
- Déclaration immédiate de l'emploi ou de sa fin, auprès de l'ONSS par voie électronique avec attribution d'un code. Cette disposition, après expériences-pilotes, vient d'être élargie à tous les secteurs. La déclaration fait ouverture de droit.
- Déclaration multifonctionnelle : elle remplace depuis un an la déclaration des rémunérations et des prestations de travail à l'ONSS.

¹⁶⁹ moins de 8 heures par semaine pour un travail domestique...

¹⁷⁰ maximum 23 jours pendant les vacances scolaires.

¹⁷¹ Exemple : les animateurs de colonies de vacances.

¹⁷² Ils ne sont pas assujétis aux vacances annuelles.

Rappel historique : les dispositions de la Sécurité Sociale puisent leurs origines dans une première loi dite de « Solidarité » et datant de 1939. Le régime des AF est fondé sur quatre facteurs, à savoir : le travailleur attributaire, l'enfant bénéficiaire, le parent bénéficiaire des allocations et la caisse qui paie les allocations. Autrement dit et en principe : les AF sont octroyées à l'intention des enfants d'une personne qui travaille, et payées à la personne qui s'occupe de l'éducation des enfants par la caisse d'AF de l'employeur.

1. Les travailleurs attributaires :

Qui a droit aux allocations familiales ? La règle générale, pour ne pas dire fondamentale, est : a droit aux AF, tout travailleur. Il y aura des exceptions à la règle générale !

- Les travailleurs en activité : les travailleurs liés par un contrat de travail et occupés en Belgique ouvrent le droit aux AF, sauf si cette activité est accessoire à une profession non salariée. Notons qu'à partir du mi-temps, l'activité salariée est réputée principale.

Cas particuliers : les domestiques si personne d'autre n'ouvre le droit en faveur de l'enfant ; les travailleurs frontaliers belges perçoivent des AF sauf si un autre travailleur a des droits en la matière, un agent public, un indépendant : en totalité ou en complément¹⁷³.

- Les travailleurs en incapacité de travail ou en repos d'accouchement.
- Les chômeurs : ont droit aux AF les chômeurs indemnisés complets ou partiels, les chômeurs qui pointent et n'exercent pas d'activité indépendante.
- Les pensionnés : conservent leur droit s'il préexistait, de même pour les veufs et veuves bénéficiant d'une pension de survie.
- Les travailleurs en interruption de carrière ou en crédit-temps sauf si un droit est ouvert au titre du régime des indépendants.
- Autres attributaires :
 - les orphelins,
 - les conjoints abandonnés,
 - les étudiants faisant une thèse, soumis à l'obligation scolaire, en contrat d'apprentissage et les demandeurs d'emploi de moins de 25 ans
 - les handicapés pour leurs enfants ou pour eux-mêmes,
 - les détenus si le droit existait avant sa privation de liberté et s'il est détenu en Belgique.

Ordre des attributaires : celui qui éduque l'enfant, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère et enfin l'aîné des ayants droit chez qui séjourne l'enfant.

2. Les enfants bénéficiaires :

- Pour quels enfants a-t-on droit aux AF ?
 - Les enfants de la famille de l'attributaire : propres ou ceux de son conjoint,
 - Les petits-enfants, arrière-petits-enfants, neveux et nièces qui y séjournent,
 - Les enfants adoptés ou recueillis.
- Jusqu'à quel âge sont-elles accordées ?
 - Jusqu'au 31 août de l'année des 18 ans,
 - Jusqu'à la fin du contrat d'apprentissage et au maximum jusque 25 ans¹⁷⁴,
 - Jusqu'à 25 ans, pour ceux qui poursuivent des études de plein exercice¹⁷⁵,
 - Sans limite d'âge pour les handicapés¹⁷⁶ à 100% d'incapacité de travail, ou à 66% s'il est occupé dans un atelier protégé.
 - Si avant la limite d'âge, l'étudiant devient demandeur d'emploi, il garde ses droits aux AF pendant une période allant de 270 à 180 jours¹⁷⁷.
- Lieu de résidence de l'enfant ? le principe est la résidence belge sauf s'il est étudiant d'un établissement scolaire de l'UE, ou s'il y bénéficie d'une bourse d'études, si le travailleur attributaire est occupé en Belgique.

3. Types d'allocations familiales et calcul :

- L'allocation ordinaire :

Elle se décompose en un montant de base et une indemnité selon l'âge. Le montant de base augmente selon le rang des enfants. Des suppléments sont liés à l'âge des enfants et divisés en trois catégories (6-12, 12-18, +18), ce supplément n'est pas lié au rang de l'enfant.
- Les AF majorées :

Ces allocations peuvent bénéficier d'une augmentation de leur montant soit en regard de la situation de l'attributaire, soit en fonction de celle de l'enfant :

 - Pensionnés, invalides, chômeurs : la règle principale est liée au revenu de remplacement qui ne peut dépasser un montant fixé.
 - L'enfant handicapé et l'orphelin.
- L'allocation de naissance et d'adoption :

Elle est accordée à la naissance d'un enfant donnant droit aux AF. Elle est acquise si l'enfant est mort-né ou dans le cas d'une fausse-couche 180 jours après la grossesse. Elle peut être réclamée dès le 6^{ème} mois de grossesse.

¹⁷³ de même dans l'autre sens.

¹⁷⁴ Il existe toutefois un plafond de revenu.

¹⁷⁵ Il existe une limite en regard d'une activité secondaire.

¹⁷⁶ handicap fixé à l'âge de 21 ans.

¹⁷⁷ Il ne peut avoir refusé un emploi ou un stage !

- Calcul des AF : Le droit est accordé par trimestre.

4. Le paiement des A.F. :

- Les AF sont payées par une caisse d'AF à laquelle est affilié l'employeur. Il en existe une multitude. Les pensionnés, invalides et chômeurs sont payés par la caisse de leur dernier employeur. L'ONAFTS paie les allocations des cas particuliers : employeur non affilié comme ceux de l'HORECA, en cas de multiples employeurs, étudiants, handicapés...
- Les AF sont versées à la mère ou à la personne, physique ou morale¹⁷⁸, qui est chargée de l'éducation de l'enfant, ou à l'enfant lui-même s'il est marié ou émancipé.

5. Les allocations familiales garanties :

Ce genre d'allocations est octroyé à l'enfant qui n'a pas droit aux AF en vertu d'une réglementation belge, européenne ou étrangère, qui est à charge d'une personne naturelle qui réside depuis au moins cinq ans en Belgique. Son montant est lié aux moyens d'existence, plafonnés par trimestre et au pro rata du nombre d'enfants.

¹⁷⁸ En cas d'institutionnalisation de l'enfant, c'est l'institution qui perçoit l'AF.

L'intervention de l'Etat dans le système de santé se fait par l'intermédiaire de différentes institutions (cf. tutelles in chapitre consacrée aux hôpitaux).

Dans la typologie de la séc

1. Organisation de l'assurance maladie-invalidité :

L'assurance maladie, appelée officiellement « assurance obligatoire soins de santé et indemnités » est gérée par un organisme public, l'INAMI, et par des « organismes assureurs » privés, les mutualités, ainsi qu'un OA public, la CAAMI.

L'INAMI perçoit les recettes de l'assurance et les répartit entre les OA. Il contrôle l'activité des OA et des autres personnes qui interviennent dans le cadre de l'assurance, notamment les dispensateurs de soins. C'est en son sein que sont prises les décisions en matière de tarifs médicaux ou d'indemnités d'invalidité. L'INAMI comporte quatre services fonctionnels :

- les soins de santé,
- les indemnités,
- le contrôle administratif,
- le service d'évaluation et de contrôle médical.

Chaque service est géré par un comité de gestion, réunissant dans des proportions variables : les partenaires sociaux, les mutuelles et les représentants des dispensateurs de soins.

Les OA privés sont donc les mutualités, regroupées en alliances nationales¹⁷⁹. Ils prennent les décisions d'octroi et de refus des prestations de l'assurance avec parfois l'intervention des organes de l'INAMI¹⁸⁰. Elles peuvent instituer des assurances complémentaires à l'assurance obligatoire. Elles peuvent organiser des services d'aide, d'information et de guidance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social de leurs affiliés. Certaines de ces assurances sont libres, d'autres s'imposent à tous les affiliés. L'affiliation est une condition d'octroi des prestations de l'assurance maladie. Un office de contrôle des mutualités s'ajoute au contrôle de l'INAMI et est spécialement chargé de contrôler leur gestion comptable et financière.

Cette assurance MI comprend deux secteurs :

1°- Le secteur des soins de santé qui comprend deux régimes :

- le régime des indépendants¹⁸¹,
- le régime général qui regroupe les autres.

2°- Le secteur des indemnités qui comprend également deux régimes :

¹⁷⁹ Il en existe cinq !

¹⁸⁰ C'est le cas en matière d'invalidité.

- le régime des salariés,
- le régime des indépendants.

Pour la suite, nous intéresserons de manière sélective au régime général des soins de santé et au régime des salariés de l'assurance indemnités.

2. L'assurance soins de santé :

- Qui est assuré en matière de soins de santé ?

1°- *Les titulaires :*

Le régime général couvre la grande majorité de la population belge, puisque seuls les indépendants¹⁸² et les marins de la marine marchande restent soumis à un régime distinct. Certaines modifications permettent même l'accès aux soins de santé aux SDF. Le régime général couvre donc tous les travailleurs salariés du secteur public comme du secteur privé, les chômeurs contrôlés, les prépensionnés, les bénéficiaires d'une pension de retraite, les veufs et orphelins de travailleurs salariés.

Une modalité dite de l'assurance continuée permet de couvrir certaines personnes qui sortent du champ d'application moyennant une cotisation personnelle¹⁸³. Un mécanisme identique existe pour les étudiants de l'enseignement supérieur qui ne sont plus à charge d'un travailleur. Une catégorie résiduelle dont l'accès est conditionnel¹⁸⁴ rassemble une population très diverse : exclus sans revenu du travail, rentiers, ministres et parlementaires, ...

2°- *Les personnes à charge :*

Les personnes précitées, appelées titulaires de l'assurance, sont couvertes pour elles-mêmes et pour les personnes qui sont à leur charge. Elles doivent faire partie du ménage et ne peuvent bénéficier de revenus professionnels d'un certain montant. Ainsi, peuvent être considérés comme à charge : le conjoint OU le cohabitant¹⁸⁵, les enfants¹⁸⁶ et les ascendants.

3°- *Le « bon de cotisation » :*

Jusqu'il y a peu, le travailleur transmettait à sa mutuelle un bon de cotisation délivré par l'employeur. Cette formalité a été supprimée puisque informatisée. La déclaration à l'ONSS est une obligation de l'employeur et le travailleur n'a que sa fiche de paie et son compte individuel pour en être persuadé. L'assurabilité est dans la majorité des cas, automatisée sauf pour les « personnes non protégées ».

¹⁸¹ et les membres des communautés religieuses.

¹⁸² Quelques 13 %.

¹⁸³ Chômeurs de longue durée pendant un an, congé sans solde, détenus...

¹⁸⁴ Inscrit au registre national et cotisation personnelle au pro rata des revenus.

¹⁸⁵ non cumulable !

¹⁸⁶ y compris recueillis et petits-enfants,

Toutefois, les rémunérations annuelles doivent atteindre un certain montant. C'est la valeur minimum du bon de cotisation et des barèmes existent spécifiquement par secteurs d'activités. Dans le cas contraire, un complément de cotisation peut être réclamé par la mutuelle.

4°- *Ouverture et maintien du droit :*

Le droit est ouvert du 1^{er} jour du trimestre durant lequel on acquiert la qualité de bénéficiaire et cette qualité reste acquise jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit. Il doit en outre avoir été assuré pendant le 4^{ème} trimestre de l'année de départ et avoir la valeur requise sur le bon de cotisation. Le stage, de 6 mois, ne subsiste qu'en cas de réinscription après une rupture de droits pendant deux années consécutives.

5°- *La carte d'identité sociale (SIS) :*

Elle témoigne de l'assurabilité des ayants droit vis-à-vis des inspecteurs sociaux, de la mutuelle et sert d'autorisation de paiement pour les prestataires de soins qui pratiquent le tiers payant. Cette mesure est obligatoire pour les hôpitaux et les pharmacies.

▪ Les prestations :

1°- *Quelles sont les prestations remboursées ?*

L'assurance-maladie rembourse essentiellement le coût :

- des prestations de médecins, dentistes et paramédicaux,
- des médicaments,
- de l'hospitalisation,
- des soins dispensés dans les maisons de soins,
- des prothèses,
- de la rééducation fonctionnelle.

La liste des prestations remboursées fait l'objet d'une nomenclature fixée par A.R., cette nomenclature est limitative et peut imposer des conditions au remboursement.

2°- *Quels tarifs les prestataires peuvent-ils pratiquer ?*

Ces tarifs sont négociés entre les mutuelles et les représentants des professions médicales. L'adhésion à ces conventions conditionne l'application des prix fixés. Le refus d'y adhérer autorise le prestataire à pratiquer des tarifs libres bien que leurs prestations soient remboursées. Il existe des incitants à se conventionner.

Il existe deux exceptions à ces mécanismes : le tarif de remboursement des médicaments est fixé par A.R. tandis que le prix de la journée d'hospitalisation est fixé pour chaque hôpital par le Ministère de la Santé.

3°- *Quelle est la part d'intervention de l'assurance ?*

L'assurance rembourse une partie du tarif ainsi fixé, laissant supporter par le patient une part personnelle, appelée « ticket modérateur » ou TM. Il s'agit essentiellement d'une mesure de responsabilisation visant à freiner la surconsommation médicale. Certaines catégories sociales ne paient pas de ticket modérateur ou un ticket modérateur réduit. Ce régime dénommé « bénéficiaires de l'intervention majorée » ou BIM est la continuité et l'extension du statut VIPO préexistant. Cette intervention est liée au niveau de revenus des intéressés.

Dans le même contexte, un système permet de réduire les effets inverses¹⁸⁷ d'un faible taux de remboursement, appelé « maximum à facturer » ou MAF et se présente sous deux formes :

- MAF applicable à certaines catégories d'allocataires sociaux, auxquels la mutuelle rembourse à 100 % dès que le total des TM atteint 450 € ;
- MAF applicable aux revenus modestes : même principe sauf que le montant plafond est modulé par niveau de ressources¹⁸⁸.

Le MAF ne tient compte des tickets modérateurs officiellement dus sur le tarif et effectivement payés. Il existe quelques limitations : les médicaments « courants », l'hospitalisation à partir du 91^{ème} jour (366^{ème} en psychiatrie), les frais d'hébergement dans les maisons de soins et habitations protégées.

4°- *Modalités de remboursement :*

En principe, le patient paie au dispensateur de soins le coût de sa prestation et se fait rembourser par la mutuelle. Certaines prestations dérogent à ce principe et c'est alors le système du tiers payant. Le tiers payant est obligatoire pour l'hospitalisation et les médicaments mais interdit pour un certain nombre de prestations médicales ou de dentisterie. Une exception est faite à ces catégories dites « défavorisés ». Le remboursement à l'acte est le mode dominant, mais on voit apparaître la notion de paquets de soins forfaitaires¹⁸⁹.

- Les relations avec les prestataires :

1°- *Les médecins et les dentistes :*

Le tarif des prestations est déterminé par des accords conclus entre mutuelles et organisations de médecins au sein de la Commission médico-mutualiste. Ils concernent les généralistes et les spécialistes, les prestations intellectuelles et les actes techniques, la pratique ambulatoire comme hospitalière. Après avoir obtenu l'approbation du Ministère des affaires sociales, l'avis de l'INAMI et un taux de refus des praticiens ne dépassant

¹⁸⁷ Exemple : prothèses implantables.

¹⁸⁸ Sur base du revenu imposable.

pas un certain seuil, le tarif prend vigueur. Le gouvernement dispose de moyens pour imposer des tarifs.

Le remboursement des actes médicaux se fait à l'acte. Un système de forfait existe pour les prestations de biologie clinique dispensées aux hospitalisés. D'autre part, un autre type de forfait existe pour les patients inscrits dans une maison médicale.

2°- *Les médicaments :*

Ils sont à distinguer en trois catégories de médicaments :

- les spécialités pharmaceutiques, réparties en quatre classes, selon leur degré de nécessité. Ce dernier conditionne le montant de remboursement ;
- les préparations magistrales ;
- les médicaments génériques.

3°- *L'hospitalisation :*

L'assurance-maladie intervient sur la base d'un prix de journée déterminé par le Ministère de la Santé publique en fonction des frais réels démontrés par l'hôpital. Elle rembourse 75 % de ce prix. Ce prix de journée couvre les frais liés à l'hospitalisation dans une chambre collective.

Des conventions entre mutuelles et établissements hospitaliers fixent les suppléments de chambre et les tarifs des prestations non financées par le prix de journée comme l'hospitalisation de jour, par exemple. Les prestations médicales dispensées à l'hôpital sont reprises dans la nomenclature.

4°- *Autres prestations :*

- Les paramédicaux :

La logique est identique, celle des conventions.

- Les maisons de soins :

On distingue dans cette catégorie les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, les centres de jour. L'assurance couvre ici les soins nécessités par l'état de la personne et non le séjour. Ces forfaits de soins sont, eux aussi, fixés par des conventions conclues entre les mutualités et les organisations représentatives des institutions concernées.

- Prestations particulières : dialyse rénale, rééducation fonctionnelle, prise en charge de toxicomanies, les soins aux personnes handicapées...

¹⁸⁹ Soins infirmiers à domicile ou en maison de repos, par exemple.

3. L'assurance indemnités :

- Qui est couvert par l'assurance indemnités ?

Sont titulaires de l'assurance indemnités, les travailleurs salariés du secteur privé ainsi que les fonctionnaires et enseignants qui ne sont pas nommés à titre définitif. De la même manière, les chômeurs contrôlés et les travailleuses en repos d'accouchement.

Ce droit n'est accessible qu'après un stage¹⁹⁰. Certaines périodes d'inactivité sont assimilés pour le stage : chômage contrôlé, interruption de travail consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle, vacances annuelles, jours fériés, jours de grève. D'autre part, un montant minimum de cotisations sociales est réclamé comme dans le cas de l'assurance-maladie, avec la possibilité de compléter par des cotisations personnelles. Sont exempts de stage : les jeunes qui terminent l'école. Un stage réduit est prévu pour les travailleurs qui interrompent leur carrière pour éduquer un enfant de moins de 3 ans¹⁹¹ ainsi que les travailleurs qui deviennent titulaires du régime des salariés après avoir été indépendants.

- L'incapacité de travail et l'invalidité :

1°- Qu'est-ce que l'incapacité de travail ?

Des indemnités sont accordées au travailleur qui remplit les conditions suivantes :

- subir une perte de sa capacité de gain de 66 % au moins en raison de lésions ou de troubles fonctionnels ;
- avoir dû interrompre toute activité en raison de l'apparition ou de l'aggravation de cette incapacité de travail.

Elle s'apprécie en fonction de la profession habituelle pendant les six (6) premiers mois de cette incapacité. L'incapacité de travail suppose que l'intéressé a cessé tout travail, non seulement sa profession habituelle, mais aussi toutes les formes d'activités accessoires, autres que de simple loisir. Une exception existe toutefois dans le cadre d'un reclassement professionnel progressif ou dans toute autre situation digne d'intérêt.

L'assurance ne couvre que le risque survenu pendant la période assurée.

Sont assimilées à une incapacité de travail :

- l'hospitalisation,
- le congé prophylactique accordé en cas de contact avec des personnes atteintes de certaines maladies contagieuses.

¹⁹⁰ 6 mois dont au moins 120 jours de travail de 3 heures au minimum.

¹⁹¹ 6 ans si l'enfant est handicapé.

2°- Montant des indemnités :

Pendant la première année d'incapacité de travail, dite d'incapacité primaire, l'indemnité s'élève à 60 % de la rémunération perdue. Elle est toutefois réduite à 55 % à partir du 31^{ème} jour d'incapacité. Cette réduction ne s'applique pas si le travailleur est isolé ou a des personnes à charge. Pour les chômeurs, cette indemnité ne peut dépasser le montant de l'allocation de chômage.

A partir de la seconde année, l'incapacité devient invalidité et l'indemnité s'élève :

- à 65% de la rémunération perdue, s'il a des personnes à charge,
- à 50% si l'intéressé est isolé,
- à 40% dans les autres cas.

La rémunération perdue est soumise à un plafond et entraîne donc l'existence de montants maxima d'indemnités. Ces indemnités sont payées pour tous les jours de la semaine, sauf le dimanche, sont payées mensuellement et indexées.

3°- Procédure et formalités d'octroi :

a) Le certificat médical :

Le travailleur qui veut prétendre aux indemnités doit adresser un certificat médical au médecin-conseil de sa mutualité, par la poste ou remis contre accusé de réception. Cette formalité doit être effectuée au plus tard le deuxième jour qui suit le début de l'incapacité. Si le travailleur est lié par un contrat de travail, le délai autorisé est au plus tard le 14^{ème} jour, pour un ouvrier, ou au plus tard le 28^{ème} jour, pour un employé, après le début de la maladie. Après ce délai, les indemnités relatives à ces jours-là sont réduites de 10 %. Cette sanction peut être levée dans certains cas de force majeurs dits « dignes d'intérêts ».

Dans le cas d'une hospitalisation ou d'un congé prophylactique, cette formalité n'est pas nécessaire et il suffit de prouver cette situation. En cas d'accident du travail, cette formalité n'est pas légalement obligatoire mais conseillée¹⁹².

b) La décision :

Le médecin-conseil statue alors sur la reconnaissance de l'incapacité primaire ; c'est lui également qui peut autoriser la reprise d'une activité. L'octroi d'indemnités d'invalidité suppose une reconnaissance par l'INAMI et plus précisément, par le Conseil médical de l'invalidité. Il peut être mis fin à l'invalidité soit par une décision de cet organe, soit par le médecin-conseil.

Les indemnités sont refusées au travailleur qui refuse le contrôle. Le travailleur est notamment tenu de rester à l'adresse mentionnée sur le certificat jusqu'à ce qu'il

¹⁹² En cas de contestation de l'assurance, par exemple.

reçoive notification de la décision, dans les trois jours.

- Autres prestations :

- 1°- La maternité :

- Durant le repos d'accouchement, les périodes d'écartement pendant la grossesse et l'allaitement, la travailleuse bénéficie d'indemnités à charge de la mutuelle. Pendant l'écartement, ces indemnités sont égales à 60 % du salaire brut plafonné. Pendant le congé de maternité, l'indemnité est égale à 79,5 % de la rémunération perdue pendant les 30 premiers jours puis de 75 % pendant le reste des 15 semaines. Si le congé se prolonge, le taux est identique à celui des indemnités d'incapacité primaire. Les travailleuses liées par un contrat de travail ont droit pendant les 30 premiers jours à 82 % de leur rémunération brute, non plafonnée.

- L'indemnité des sept derniers jours du congé de paternité ou d'adoption est également à charge de l'assurance maternité et s'élève à 82 % de la rémunération perdue, plafonnée. En cas de conversion du congé de maternité en congé de paternité, il faut que le père soit titulaire et en ordre d'assurabilité. Les indemnités sont alors calculées sur le salaire du père et payées par sa propre mutuelle. Si le congé de paternité fait suite au décès de la mère, le taux est identique aux indemnités de maternité. S'il fait suite à l'hospitalisation de la mère¹⁹³, les indemnités sont calculées comme des indemnités de maladie normale.

- 2°- L'indemnité de frais funéraires :

- En cas de décès de l'assuré, son conjoint ou son cohabitant bénéficie d'une indemnité pour frais funéraires d'un montant fixe, s'élevant à quelques 150 €. Cette indemnité est réduite de moitié si les frais funéraires sont pris en charge par une personne morale ou si le cohabitant n'est ni son conjoint, ni un parent ou allié jusqu'au 3^{ème} degré.

- Conditions générales d'octroi :

- Les indemnités de maladie et de maternité sont refusées pendant les périodes couvertes par une rémunération¹⁹⁴. Comme les autres prestations de l'assurance-maladie, les indemnités sont refusées lorsque le dommage est couvert par une autre législation, par exemple, une indemnité d'accident de travail¹⁹⁵, une indemnité payée sur la base du droit commun de la responsabilité civile ou une allocation de sécurité sociale étrangère.

¹⁹³ La mère conservant pour sa part ses propres indemnités de maternité.

¹⁹⁴ Salaire garanti, pécule de vacances, indemnité de rupture, ...

¹⁹⁵ Le dommage couvert par les indemnités de maladie et d'invalidité est la perte économique résultant du problème de santé. Ainsi, la rente propre à un accident de travail sera déduite des indemnités d'assurance-maladie, si les lésions ou troubles invoqués sont les mêmes.

CHAPITRE IV

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Les accidents de travail :

- Organisation et travailleurs couverts :

1°- Comment est organisé le secteur des accidents du travail ?

La législation sur les accidents du travail prévoit en faveur des accidentés : le remboursement des soins de santé, des indemnités en cas d'incapacité de travail et des prestations en cas de décès.

Ces prestations sont accordées à charge des compagnies d'assurance privées, auprès desquelles les employeurs sont tenus de s'assurer. Un organisme public, le Fonds des Accidents du Travail (FAT), est chargé de contrôler les activités des assureurs, d'indemniser les victimes dont l'employeur n'était pas assuré conformément à la loi et de mener les poursuites contre l'employeur en question.

2°- Quels sont les travailleurs assurés en matière d'accidents du travail ?

Il s'agit des travailleurs assujettis à la sécurité sociale des travailleurs salariés. La nullité du contrat de travail ne peut être opposée à l'application de la loi¹⁹⁶.

- Le risque couvert :

1°- L'accident du travail :

L'accident du travail est un événement soudain, survenu dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail, et qui produit une lésion. La loi prévoit deux mécanismes pour alléger la charge de preuve qui incombe à la victime. Si la victime prouve que l'accident est survenu dans le cours de l'exécution du contrat de travail, l'accident est censé être survenu par le fait de cette exécution (sauf preuve du contraire). Si la victime prouve l'existence d'un événement soudain et d'une lésion, cette lésion est censée provenir de l'accident (sauf preuve du contraire).

2°- L'accident sur le chemin du travail :

La législation sur les accidents du travail couvre également les accidents survenus sur le chemin du travail, c'est-à-dire sur le trajet normal entre l'endroit où le travailleur habite et le lieu du travail. Le trajet normal n'est pas nécessairement le trajet le plus court, c'est le trajet qu'accomplirait toute personne normalement prudente. Les courtes interruptions ou courts détours sont admis s'ils sont provoqués par une cause légitime ; les longs que s'ils sont imputables à un cas de force majeure. Le détour raisonnablement justifié¹⁹⁷ est

¹⁹⁶ Exemple : infraction à l'obligation scolaire ou au permis de travail.

¹⁹⁷ Covoiturage, enfants à l'école, ...

considéré comme normal.

Des endroits sont assimilés au lieu du travail : le lieu de réunion du CE ou du CPPT, l'endroit où le travailleur suit des cours de formation pendant les heures de travail avec l'autorisation de son employeur, ... comme tout autre lieu que les tribunaux peuvent reconnaître comme présentant un lien suffisant avec l'exécution du contrat de travail. La liste n'est donc pas limitative.

▪ Les prestations de soins de santé :

La victime a droit, à charge de l'assureur, au remboursement intégral¹⁹⁸ des soins de santé, mais dans le respect des tarifs imposés par la réglementation. Cette prise en charge concerne également le remboursement du prix d'acquisition et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie.

En principe, la victime a le choix du prestataire de soins. Elle perd ce choix lorsque l'employeur¹⁹⁹ a créé un service médical qui soigne gratuitement. Toutefois, la victime dispose de la possibilité de faire contrôler le traitement par un médecin de son choix. 90 % des honoraires de ce médecin sont à charge de l'assureur.

A certaines conditions, la victime, son conjoint, ses enfants et ses parents peuvent être indemnisés des frais de déplacement résultant de l'accident.

▪ En cas d'incapacité de travail :

1°- L'incapacité temporaire de travail :

- *Incapacité totale* :

On appelle incapacité temporaire de travail la situation de la victime atteinte d'une perte de sa capacité de travail, et dont les séquelles ne sont pas encore consolidées, c'est-à-dire guéries ou définitivement fixées. Le travailleur a droit, à charge de l'assureur, à une indemnité journalière égale à 90 % de son salaire.

- *Incapacité partielle* :

Si l'incapacité n'est que partielle et si la victime est remise au travail chez son employeur, elle a droit à la différence, éventuelle, entre son salaire avant l'accident et son salaire de son emploi de remplacement. Cette remise au travail est proposée par la compagnie d'assurance et en cas de désaccord, la victime peut demander l'avis du médecin du travail. Si la victime refuse sans motif valable une offre de remise au travail, elle a droit à une indemnité dont le taux est égal à son taux d'incapacité.

¹⁹⁸ sans ticket modérateur,

¹⁹⁹ L'accord du conseil d'entreprise est un préalable à cette mise en œuvre.

- *Paiement des indemnités :*

Les indemnités sont payées aux mêmes époques que les salaires, soumises au précompte et aux cotisations de l'ONSS. Elles sont aussi indexées après trois mois à compter de l'accident sur base de l'indice-pivot en vigueur à la date de l'accident.

2°- L'incapacité permanente de travail :

- *L'allocation annuelle et le délai de révision :*

Si, après consolidation, subsiste une incapacité, la victime a droit, à charge de l'assureur, à une allocation dont le taux est égal au taux d'incapacité. La date de la consolidation ainsi que le taux d'incapacité et le salaire sur base duquel l'allocation est calculée font l'objet d'un accord proposé par l'assureur.

Si la victime est d'accord, la proposition est entérinée par le FAT. En cas de désaccord ou si le FAT n'entérine pas la proposition, l'affaire est portée devant le tribunal du travail, qui décide sur les droits de la victime. En attendant le règlement de l'affaire, l'assureur verse les allocations au taux qu'il avait proposé.

Pendant trois ans, la victime ou l'assureur peut demander la révision du taux d'incapacité, si l'état de santé de la victime s'est modifié. Si l'accord n'est pas possible, c'est à nouveau le tribunal qui décidera.

- *L'indemnisation après le délai de révision :*

Après ces trois années, l'allocation est transformée en rente viagère, sur base d'un capital constitué par l'assureur. Si le taux d'incapacité dépasse 10 %, la victime peut réclamer au maximum le tiers de cette rente en capital²⁰⁰.

Ces indemnités ne sont plus révisables comme telles. Si les séquelles de l'accident s'aggravent, la victime peut demander des allocations d'aggravation, il s'agit alors de forfait variable selon le taux d'incapacité. Dans les faits, il n'y a matière à octroi de cette allocation que si l'incapacité s'est fortement aggravée ou s'il s'agit d'un accident ancien, dont la rente s'est dépréciée suite à l'érosion monétaire.

- *Indexation et paiement :*

Si le taux d'incapacité est d'au moins 10 %, les rentes sont indexées à charge de l'assureur ; ce taux est variable en fonction de la date de l'accident. Les allocations et rentes d'incapacité permanente sont payées par trimestre et/ou par mois lorsqu'elles sont à charge du FAT. Elles sont soumises aux prélèvements sociaux et fiscaux. L'imposition fiscale ne concerne que les montants visant à remplacer la perte effective d'une rémunération.

²⁰⁰ Pour adapter son logement à son handicap ou créer un commerce, par exemple.

▪ En cas de décès de la victime :

1°- Les frais funéraires :

Si la victime décède des suites de l'accident, l'assureur prend en charge :

- l'allocation d'une indemnité pour frais funéraires, égale à 30 fois le salaire journalier sans pouvoir être inférieur à l'indemnité octroyée dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.
- le transfert du corps vers le lieu de l'enterrement, y compris les formalités administratives.

2°- Les prestations aux ayant droit :

Certains ayant droit bénéficient, à certaines conditions, d'une rente viagère.

- *Le conjoint* a droit à une rente de 30 % du salaire pour autant qu'il soit marié au moment de l'accident, mais aussi en cas de divorce ou de séparation de corps pour autant que l'ayant droit bénéficie d'une pension alimentaire²⁰¹.
- *Les enfants* : il doit s'agir soit d'enfants du travailleur lui-même, naturels ou adoptés, soit des enfants de son conjoint dont la filiation est établie. Dans le cas où la filiation ne serait établie qu'à l'égard d'un seul parent, leur rente est celle d'un orphelin. Ainsi, les enfants ont droit à 20 % par enfant avec un maximum de 60 % s'ils sont orphelins et à 15 % avec un maximum de 45 % pour les autres enfants. La rente est payée tant que l'enfant bénéficie d'allocations familiales et en tout cas jusqu'à 18 ans. La rente est maintenue sans limite d'âge en faveur des enfants handicapés.
- *Autres membres de la famille* : Les ascendants, petits-enfants, frères et sœurs peuvent recevoir une rente à certaines conditions et s'ils vivaient sous le même toit.

▪ Règles diverses :

1°- Le salaire de base :

Ce salaire est égal au salaire des 12 derniers mois, mais plafonné²⁰². Si le travailleur n'a pas travaillé normalement à temps plein pendant cette période, on complète cette période de référence par un salaire hypothétique. Pour les travailleurs à temps partiel, cette opération ne sera réalisée que pour le calcul des indemnités d'incapacité permanente. Tous les éléments de la rémunération sont inclus dans le salaire de base, y compris les primes, les avantages en nature et les chèques-repas.

2°- Prestations diverses :

- *Déplacements* : si la victime est amenée à interrompre son travail pour se soumettre à un examen, à la demande de l'assureur ou du tribunal, l'assureur doit payer

²⁰¹ La rente ne pourra être supérieure à cette pension.

²⁰² Ce plafond avoisine les 34.500 €.

l'équivalent du salaire normal, déduction faite de salaire éventuellement payé par l'employeur.

- Allocation supplémentaire : en cas d'incapacité permanente et d'une faible indemnité²⁰³, certaines victimes peuvent prétendre à une allocation supplémentaire égale à la différence entre un montant fixé et les indemnités perçues.

3°- Les accidents de travail et la faute :

- Faute de la victime :

Si l'accident a été provoqué intentionnellement par la victime, celle-ci n'a droit à aucune réparation. Dans tous les autres cas, la réparation est due même si l'accident a été provoqué par une imprudence ou une faute, même lourde, de la victime.

- Faute d'un tiers :

La loi sur les accidents de travail ne s'occupe en rien des causes de l'accident quelle que soit la cause, c'est toujours la même indemnisation qui est accordée. Elle laisse donc à la victime la possibilité de poursuivre à charge du responsable le dommage qui n'est pas couvert par cette législation : dommage moral, dommage aux biens, ... Toutefois, ce recours en responsabilité civile n'est pas possible contre l'employeur, ses mandataires et ses préposés, sauf dans les cas suivants :

- accident sur le chemin du travail,
- accident de circulation,
- accident provoqué intentionnellement,
- dommages au bien du travailleur.

L'employeur reste également responsable des accidents provoqués par une faute inexcusable en matière de sécurité et d'hygiène du travail. L'employeur doit avoir continué d'exposer les travailleurs à un risque d'accident causé par un manquement grave constaté officiellement par un service d'inspection.

4°- Règles diverses relatives aux indemnités :

- Règles de cumul :

Les rentes aux victimes pensionnées comme aux ayant droit²⁰⁴ sont réduites à un minimum forfaitaire variable en fonction du taux d'incapacité. Pour le reste, les indemnités sont dues sans restriction lorsque la victime bénéficie d'un salaire ou d'une allocation.

²⁰³ à cause de la modestie du salaire de base,

²⁰⁴ en cas de décès,

- Prescription :

Trois ans à compter du fait qui justifie la demande, telle est le délai de prescription. Pour les recours en matière de consolidation ou de guérison, le même délai court dès la notification de la décision.

2. Les maladies professionnelles :

- Principes et définitions :

La réglementation sur les maladies professionnelles prévoit, au bénéfice des victimes de telles maladies, une indemnisation calquée sur celle des accidents du travail :

- remboursement intégral des soins de santé dans la mesure où ils ne sont pas couverts par l'assurance-maladie ;
- octroi d'une indemnité compensant la perte du salaire en cas d'incapacité temporaire ;
- octroi d'une indemnité compensant la perte de capacité économique en cas d'incapacité permanente.

Le champ d'application de cette législation est à peu près identique à celui des accidents du travail. Les différences entre le régime des maladies professionnelles et celui des accidents du travail proviennent essentiellement de la différence de nature entre les deux risques. La maladie est un phénomène évolutif, dont les causes sont presque toujours sujettes à discussion, et l'évolution difficilement prévisible. A l'inverse, l'accident est un événement bien limité dans l'espace et dans le temps, et ses séquelles peuvent généralement être déterminées avec une certaine précision.

C'est ainsi que le régime des maladies professionnelles est financé par une cotisation patronale à la sécurité sociale et géré par un organisme public unique, le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP).

- Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?

Il existe une liste de maladies reconnues professionnelles, fixée par arrêté royal. Le travailleur peut prétendre à une indemnisation lorsqu'il prouve :

- qu'il est atteint d'une maladie reprise sur la liste ;
- qu'il a été exposé au risque de cette maladie dans le cadre de l'exécution de son contrat de travail. L'occupation dans certains types d'entreprises, précisées dans la liste, fait présumer que l'on a été exposé au risque de certaines maladies.

Le travailleur peut également prétendre à une indemnisation s'il est atteint d'une maladie qui ne se trouve pas sur la liste, mais dont il prouve qu'elle trouve sa cause déterminante dans l'exercice de la profession. La charge de preuve incombe au travailleur ; mais la

jurisprudence permet d'allonger la liste comme le champ de reconnaissance. Toutefois, et en particulier en dehors de ces cas, la charge de la preuve est assez lourde puisqu'elle réclame la production d'études scientifiques.

▪ L'indemnisation des victimes :

1°- Règles générales :

L'indemnisation des victimes de maladies professionnelles est, dans une très large mesure, la même que celle des victimes d'accidents du travail. Outre quelques points de détail, les différences principales concernent la procédure d'octroi des indemnités d'incapacité permanente. Les séquelles d'une maladie professionnelle ne sont jamais consolidables. De ce fait, le FMP peut toujours revoir, d'office ou à la demande de la victime, le taux d'incapacité reconnu.

En outre, et contrairement aux accidents du travail, les maladies professionnelles occasionnent rarement des incapacités temporaires. Il s'agit le plus souvent d'affections inguérissables, entraînant des incapacités permanentes dont le taux augmente régulièrement avec l'âge.

Ensuite, même si les règles légales sont les mêmes, dans la pratique, la façon dont le Fonds évalue l'incapacité est différente de celle appliquée par les assureurs des accidents du travail. Le FMP prend en considération :

- des « facteurs physiques », correspondant à la répercussion des séquelles sur le travailleur et
- des « facteurs économiques » tenant compte du profil socioprofessionnel de l'intéressé.

La loi a d'ailleurs reconnu cette pratique, en l'entérinant, puisque l'on ne tient plus compte des « facteurs économiques » lorsque l'intéressé a atteint l'âge de 65 ans.

2°- L'écartement préventif :

Si le FMP constate que le travailleur est atteint ou menacé d'une maladie professionnelle, notamment parce qu'apparaissent les premiers symptômes, il peut proposer au travailleur un éloignement temporaire ou définitif du milieu nocif.

Cette procédure est appliquée régulièrement aux travailleuses enceintes soumises à certains risques d'infection virale.

Si l'intéressé accepte l'éloignement, il a droit :

- a) s'il s'agit d'un écartement temporaire : aux indemnités d'incapacité temporaire ;
- b) s'il s'agit d'un écartement définitif :
 - pendant 90 jours, aux indemnités d'incapacité temporaire ;
 - après, à une indemnité d'incapacité permanente ;

- s'il suit une formation professionnelle, à une indemnité d'incapacité totale, diminuée de la rémunération perçue.

Si l'intéressé refuse l'éloignement, les indemnités peuvent lui être refusées, en tout ou en partie, si, ultérieurement, la maladie s'aggrave.

3°- Procédure :

Les demandes d'indemnisation sont soumises à certaines exigences de forme, notamment d'être accompagnées d'un rapport médical. Dans la pratique, les mutualités se chargent souvent de l'introduction des demandes. Si la décision du Fonds n'est pas favorable, l'intéressé dispose d'un recours auprès du tribunal du travail dans l'année de la notification de l'acte administratif contesté.

▪ Responsabilité de l'employeur :

Comme en matière d'accidents du travail, les employeurs ne peuvent être poursuivis civilement pour le dommage survenu du fait d'une maladie professionnelle, sauf s'ils ont provoqué intentionnellement cette maladie.

La loi prévoit cependant que l'employeur est censé avoir provoqué intentionnellement la maladie professionnelle s'il a continué d'exposer le travailleur à un risque dénoncé officiellement par les services d'inspection compétents.

Quelques exemples de maladies professionnelles reconnues par A.R. :

Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques suivants :

- arsenic, cyanures, chrome, mercure, ammoniacque, plomb
- iode, méthanol, phénols et dérivé halogénés, cobalt, ...

Maladies professionnelles de la peau causées par des substances et agents non compris sous d'autres positions :

- affections cutanées et cancers dus à la suie, au goudron, aux huiles minérales, ...
- affections cutanées provoquées dans le milieu professionnel par des substances non considérées sous d'autres positions.

Maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de substances et agents non compris sous d'autres positions :

- silicose, graphitose, affections de la plèvre, cancer du larynx ou du poumon provoqués par l'amiante,
- asbestose isolée ou associée à une tuberculose pulmonaire ou à un cancer du poumon,
- affections broncho-pulmonaires dues aux poussières ou fumées d'aluminium, de métaux durs,

- troubles respiratoires de caractère allergique provoqués par le milieu professionnel par le bois, par les antibiotiques, par les enzymes protéolytiques,
- asthme professionnel provoqué par l'hypersensibilité spécifique due à des substances qui ne figurent pas dans d'autres rubriques,

Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires :

- maladies parasitaires : ankylostomiase, anguillule de l'intestin, ...
- maladies tropicales : paludisme, amibiase, dengue, fièvre jaune, ...
- maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par des animaux ou des débris d'animaux : tétanos, hépatite a du personnel en contact avec des eaux usées contaminées par des matières fécales, tuberculose, hépatite virale et autres maladies infectieuses chez le personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches et autres activités professionnelles dans des institutions de soins où un risque accru d'infection existe.

Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques :

- maladies provoquées par les radiations ionisantes,
- cataracte provoquée par le rayonnement thermique,
- hypoacousie ou surdité provoqu e par le bruit,
- affections ostéo-articulaires ou angioneurotiques des membres supérieurs provoqu es par des vibrations mécaniques,
- affections de la colonne lombaire associ es à des lésions dégénératives précoces provoqu es par des vibrations mécaniques transmises au corps par le si ege,
- etc...

Autres maladies :

- affections de caractère allergique provoqu es par le latex naturel après un mois au moins d'exposition au risque,
- syndrome psycho-organique provoqu e par des solvants organiques, ...

Liste non exhaustive.

1. L'organisation de l'assurance chômage.

- Qu'est-ce que l'assurance chômage ?

Le principe de l'assurance chômage est de fournir un revenu de remplacement aux travailleurs privés involontairement de travail et de rémunération, aptes au travail, inscrits comme demandeurs d'emploi et disposés à accepter tout emploi convenable. Pour bénéficier de ces allocations, il faut remplir certaines conditions d'admission.

- L'organisation administrative :

1°- L'office national de l'emploi (ONEm) :

C'est l'ONEm qui est chargé de l'indemnisation des chômeurs. Toutes les décisions prises en matière de droit aux allocations de chômage sont prises par les directeurs des bureaux régionaux du chômage. L'ONEm est chargé également de contrôler l'application de la réglementation.

2°- Les services régionaux de l'emploi :

Pour bénéficier d'allocations de chômage, le travailleur doit en principe être inscrit comme demandeur d'emploi et accepter les offres d'emploi qui lui sont faites. L'inscription comme demandeur d'emploi se fait auprès de l'organisme régional compétent en matière d'emploi : le Forem en Wallonie, l'ORBEM à Bruxelles, le VDAB en Flandres. Il s'agit d'organismes publics autonomes, chargés notamment de l'enregistrement et du placement des demandeurs d'emploi.

Ces organismes assument également diverses missions en matière d'emploi²⁰⁵. Ils ont aussi mission de proposer à certains chômeurs un « plan d'accompagnement », censé contenir les prestations les mieux à même d'assurer le reclassement de l'intéressé.

Ces organismes proposent enfin des formations professionnelles aux demandeurs d'emploi. L'offre de formation professionnelle par un de ces organismes est assimilée par la réglementation du chômage à une offre d'emploi ; le refus donne lieu à une sanction.

3°- Les organismes de paiement :

Le paiement des allocations de chômage est effectué par un organisme de paiement choisi par le chômeur. Il s'agit soit d'une organisation syndicale, soit de la Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage (CAPAC). Ces organismes ont également un rôle intermédiaire entre le chômeur et l'ONEm, ainsi qu'un rôle d'information.

4°- Les communes :

Les communes sont chargées du contrôle des chômeurs : le « pointage ». En outre, la loi prévoit qu'elles sont tenues d'instituer une Agence locale pour l'emploi (ALE), chargée de proposer aux chômeurs des activités non rencontrées dans le circuit ordinaire de travail.

2. Les conditions d'admission ou admissibilité.

▪ Admission sur la base d'un emploi :

Pour avoir droit aux allocations de chômage, il faut en principe avoir travaillé un certain nombre de jours au cours d'une période de référence. Les explications qui suivent concernent l'admission sur la base d'un emploi normal à temps plein. Des règles particulières concernent l'admission sur base d'un emploi à temps partiel ou sur base d'une occupation en atelier protégé.

1°- Quel travail ?

Ce travail doit donc répondre à un certain nombre de conditions dont celle d'être assujetti à la sécurité sociale des travailleurs salariés pour le secteur du chômage. Est requis le paiement des cotisations sociales, mais il existe des mécanismes de régularisation. En outre, le travailleur doit être payé conformément aux barèmes minima des conventions collectives. Les travailleurs étrangers doivent être en situation régulière au point de vue du séjour comme du permis de travail.

2°- Assimilation à du travail :

- les journées de maladie ou d'accident payées ou indemnisées,
- les journées couvertes par le pécule de vacances,
- les jours fériés payés,
- les journées pour lesquelles une cotisation sociale a été payée²⁰⁶,
- les jours de chômage indemnisé,
- les jours de grève ou de lock-out.

3°- Combien de jours ?

Le nombre de jours et la période de référence varient selon l'âge du travailleur. Le travailleur occupé à temps plein chez un même employeur au cours d'un mois civil complet est réputé avoir travaillé 26 jours. Dans les autres cas, on divise par 5,77 le nombre d'heures prestées ; ce total ne peut dépasser 26 par mois.

²⁰⁵ Programmes d'occupation des chômeurs, subsides aux entreprises, permis de travail aux étrangers, ...

²⁰⁶ indemnité de licenciement, par exemple,

Age	Jours à prouver	Période de référence
- moins de 36 ans	312 (= 12 mois)	18 mois
- de 36 à 49 ans	468 (= 18 mois)	27 mois
- 50 ans et plus	624 (= 24 mois)	36 mois

- Admission sur la base des études ou d'une formation :

Les jeunes ayant atteint l'âge de 18 ans et qui terminent leurs études peuvent être admis au bénéfice des *allocations d'attente* sans avoir travaillé mais aux conditions suivantes :

- avoir acquis une certaine formation et le diplôme s'y reportant,
- être âgé de 30 ans maximum au moment de la demande d'allocations,
- avoir observé une période d'attente durant laquelle ils ont, soit travaillé comme salarié, soit été inscrits comme demandeurs d'emploi. La durée de cette période est de 233 jours de 18 à 25 ans et de 310 jours s'ils ont plus de 26 ans.
- être de nationalité belge, réfugié, apatride ou ressortissant d'un pays vis-à-vis duquel la Belgique est liée par une convention internationale prévoyant l'égalité des droits.

Des *allocations de transition* sont prévues pour les jeunes soumis à l'obligation scolaire (15-18 ans) et qui suivent l'enseignement à horaire réduit ou une formation à temps partiel autre qu'un contrat d'apprentissage.

3. Les conditions d'indemnisation.

- Etre privé de travail et de rémunération :

Le chômeur doit être sans travail, il peut gérer ses biens pour autant que cela reste dans les limites « normales ». Il peut exercer un mandat politique dont l'indemnité est déduite des allocations de chômage. Dans des conditions strictes, il peut continuer à exercer une activité accessoire, salariée ou indépendante, ou à fournir une aide à un indépendant avec lequel il cohabite. Les activités de création artistiques ne sont pas soumises à des règles aussi sévères. Les sanctions en cas de « travail noir » sont très lourdes.

De la même manière, une activité bénévole est permise mais strictement réglementée. La mesure de précaution est sa déclaration spontanée et préalable auprès du bureau régional.

Il doit aussi être privé de rémunération, donc ne disposant d'aucune forme de revenu professionnel tels pécule de vacances, indemnités de licenciement, ...

- Ne pas être responsable de son chômage :
 - abandon de son emploi sans motif valable,
 - licenciement par sa propre faute,

- refus d'un emploi de remplacement convenable.

La sanction est alors l'exclusion, partielle ou totale, au bénéfice des allocations de chômage. Il faut aussi préciser qu'est réclamé des chômeurs de moins de 46 ans, arrivant au 9^{ème} mois de leur chômage, d'accepter un plan d'accompagnement proposé par les services de placement.

- Etre apte au travail suivant les critères de l'assurance-maladie ;
- Etre en âge d'activité ;
- Pointer :

Le chômeur est tenu de pointer deux fois par mois, il peut être dispensé de cette mesure s'il se justifie. Cette périodicité est réduite à une fois par mois pour les chômeurs âgés de plus de 50 ans, les chômeurs qui comptent au moins 20 ans de passé professionnel. Les prépensionnés en sont dispensés.

4. Le montant des allocations de chômage.

- Règles générales :

Le facteur qui influence le plus le montant de l'allocation de chômage est la composition du ménage du chômeur. On distingue alors :

- les chefs de ménage : ils ont des personnes à charge,
- les isolés et
- les cohabitants.

Les allocations sont accordées pour chaque jour de la semaine, sauf le dimanche.

Les allocations de chômage sont calculées sur la base du salaire plafonné que le travailleur gagnait avant de tomber en chômage.

- Le taux des allocations de chômage :

L'allocation de chômage se décompose de la façon suivante :

- une allocation de base (40 %),
- une allocation d'adaptation (15 %) accordée les 12 premiers mois,
- une allocation pour perte de revenu unique (5 %), accordée à ceux dont l'allocation constitue le revenu unique de leur ménage,
- une allocation pour charge de famille (15 %), après la période couverte par l'allocation d'adaptation,
- une allocation pour les isolés (5 %), après la période couverte par l'allocation d'adaptation.

Les allocations d'attente et de transition sont forfaitaires en fonction de l'âge et de la situation de famille. Un complément pour les chômeurs âgés de plus de 50 ans peut exister si

ceux-ci peuvent justifier d'au moins 20 ans de passé professionnel et ne pouvant prétendre à une prépension conventionnelle.

5. Durée de l'indemnisation et formalités.

- La durée de l'indemnisation :

Elle est illimitée pour les chefs de ménage et les isolés. Pour les cohabitants, leur droit est suspendu dans les situations suivantes :

- moins de 50 ans,
- moins de 20 ans de passé salarié,
- si leur durée de chômage dépasse d'une fois et demie la durée moyenne de chômage propre à leur âge et à leur sexe.

Des exceptions peuvent être d'application si la personne établit que les revenus du ménage sont inférieurs à un certain niveau, qu'il fait des efforts exceptionnels pour retrouver un emploi ou que la prolongation de son chômage s'explique par son état de santé. Des droits peuvent être maintenus en cas d'emploi à temps partiel ou d'occupation par les ALE. C'est un incitant.

- Les formalités :

Elles sont importantes, si bien que même si la personne se trouve dans une situation de droit, une demande devra toujours être introduite en temps utile sur le bon formulaire. L'omission d'une des formalités entraîne des sanctions pouvant aller jusqu'au remboursement des sommes indûment perçues. Le rôle d'information et de conseil des organismes payeurs est ici primordial.

6. L'assurance-chômage et le travail à temps partiel.

Si les règles de calcul opérées pour les travailleurs à temps plein étaient applicables aux travailleurs à temps partiel, leur revenu de remplacement pourrait être supérieur au salaire gagné. La réglementation, pointue en la matière, précise trois catégories :

- les travailleurs dont la rémunération atteint un salaire de référence, ils se retrouvent alors assimilés ;
- les travailleurs qui ont entamé une activité à temps partiel pour échapper au chômage, leurs droits sont maintenus mais la règle de calcul est différente ;
- les autres, appelés « travailleurs à temps partiel volontaires »... Dans ce cas, la période de référence est plus longue, et le nombre de jours de travail requis est identique. Le montant de l'allocation est généralement une demi-allocation.

7. Les allocations spécifiques.

Notons brièvement qu'il existe certaines facilités comme :

- l'allocation d'accompagnement²⁰⁷, en attendant les allocations d'attente ou de chômage,
- le complément de mobilité,
- le complément de garde des enfants,
- le complément de formation.

²⁰⁷ La convention de premier emploi.

1. Définitions

De nombreux systèmes de prépension ont été créés, il n'en reste aujourd'hui qu'un seul : la prépension conventionnelle. Celle-ci se décompose en deux parties :

- une allocation de chômage à charge de la sécurité sociale et
- une allocation complémentaire à charge de l'employeur.

▪ L'indemnité complémentaire :

L'octroi de cette indemnité est réglé par une convention collective, de là son appellation. Juridiquement, la prépension est donc bien un accompagnement social du licenciement, même en présence d'une certaine forme de volontariat. Une CCT du CNT²⁰⁸ consacre les règles de base qui peuvent alors être complétées au niveau sectoriel. A grands traits, la base est la suivante :

- l'indemnité est égale à la moitié de la différence entre le salaire net, plafonné et l'allocation de chômage, cette indemnité est indexée ;
- ces dispositions concernent les travailleurs salariés du secteur privé ayant atteint l'âge de 60 ans et licenciés en dehors d'un motif grave ;
- la condition sine qua non à l'obtention de cette indemnité est l'octroi et donc le droit aux allocations de chômage.

▪ Les allocations de chômage :

Le régime est donc ici plus avantageux : les allocations octroyées sont plus favorables que les allocations ordinaires de chômage.

2. Les conditions d'accès à la prépension :

Les conditions vont varier en fonction de l'âge auquel le travailleur est prépensionné. Celles-ci prévoient, de manière variable, des durées de carrière professionnelle, une obligation ou non de remplacement du travailleur, le montant de la cotisation patronale.

La condition préalable à la prépension est liée à sa réalité économique : une forme particulière de licenciement. Ainsi, une série de critères définissent deux grandes catégories d'entreprises pouvant user différemment de cette « facilité » :

- les entreprises en difficulté,
- les entreprises en restructuration.

Les dispositions réglementaires déterminent donc des critères permettant de définir l'une ou l'autre situation pour, ensuite, établir la procédure de mise en place de la prépension.

3. Le statut du prépensionné :

Outre une allocation majorée, 60 %, le prépensionné dispose de certains avantages : il ne doit pas s'inscrire comme demandeur d'emploi, ne doit pas chercher, ni même accepter un emploi, est dispensé de pointage. Le prépensionné bénéficie d'un régime d'activités autorisées plus avantageux que celui des chômeurs. Sur le plan fiscal, ces revenus profitent d'une diminution d'impôt bien que le revenu du prépensionné est soumis aux cotisations sociales.

4. Les obligations de l'employeur :

▪ Le remplacement du prépensionné :

L'employeur est obligé de remplacer le prépensionné par un chômeur complet indemnisé, et ce dans un délai déterminé. Les remplaçants doivent rester pendant 36 mois.

Il y a dispense de l'obligation de remplacement : pour une entreprise en difficulté ou en restructuration, si le prépensionné a au moins 60 ans. Il existe aussi une possibilité de dérogation si l'employeur prouve que cette mesure permet d'éviter d'autres licenciements.

▪ Cotisations patronales :

L'employeur est soumis à une cotisation spéciale pour les pensions, d'un montant fixe et à payer par prépension accordée. Ce montant est minoré dans le cas d'entreprise en difficulté ou en restructuration. Elle a été doublée d'une cotisation dont le montant est calculé sur le principe : « plus vite la prépension prend cours, plus la cotisation est élevée ». Le secteur non-marchand n'est pas soumis à cette cotisation, les entreprises en difficulté en sont dispensées de manière partielle.

5. La prépension à mi-temps.

La prépension à mi-temps veut permettre une transition souple entre le travail à temps plein et la cessation totale des activités professionnelles. Elle combine un emploi à mi-temps et un demi-revenu complémentaire. Ce revenu total se situe par conséquent à mi-chemin entre la rémunération à temps plein et la prépension à temps plein.

Trois régimes coexistent en la matière :

- un régime conventionnel de base,
- un régime légal pour certains secteurs et certaines entreprises,
- un droit direct pour les travailleurs à partir de 58 ans.

Le régime conventionnel du CNT réclame toujours²⁰⁹ une convention collective « inférieure » ET un accord individuel entre le travailleur et son employeur.

²⁰⁸ Une convention collective de travail du Conseil national du travail.

²⁰⁹ donc il ne s'agit pas d'un droit,

Les conditions d'accès des travailleurs sont les suivantes :

- justifier d'une carrière de 25 ans comme travailleurs,
- avoir droit aux indemnités de chômage,
- avoir travaillé à temps plein au cours des 12 derniers mois,
- avoir atteint un certain âge.

Le revenu à garantir s'obtient en ajoutant à la valeur de la prépension augmentée de la moitié de la différence entre la rémunération nette de référence temps plein et la prépension à temps plein.

Le montant global se décompose donc :

- la moitié de la rémunération nette de référence, plafonnée,
- l'allocation de chômage,
- l'indemnité complémentaire.

Il existe une série de dispositions allant permettre au travailleur de passer à la prépension à temps plein. Elles prévoient des modalités d'âge, de durée de préavis et également pour le calcul de la prépension à temps plein.

L'obligation de remplacement existe de la même manière, tout comme les exceptions et les qualités des remplaçants. Dans ce cas, l'employeur n'a pas de cotisation capacitative à payer.

Le statut social de ces personnes est alors identique à ceux en interruption de carrière. En matière de sécurité sociale, les règles sont identiques qu'en cas d'emploi à temps plein. L'allocation est soumise à la fiscalité particulière des prépensions, mais aucune activité de travail n'est autorisée.

La plupart des personnes qui exercent une activité professionnelle relèvent d'un des régimes de pensions ; ces régimes sont très variés puisqu'on y retrouve les grandes catégories professionnelles : privé, public, indépendants, etc.. Nous nous contenterons d'approcher le régime des ouvriers et des employés, à l'exception des pensions complémentaires accordées par certains employeurs.

1. A qui s'applique le régime ?

Le régime de pensions des travailleurs s'applique à tout travailleur lié en Belgique par un contrat de travail auxquels s'ajoutent ceux dispensés de cette condition nationale par une convention internationale, et ceux occupés à l'étranger pour le compte d'un employeur belge.

2. La pension de retraite.

- Conditions d'octroi :
 - résider en Belgique,
 - cesser toute activité professionnelle et renoncer aux indemnités de chômage, de maladie et d'invalidité,
 - atteindre l'âge de la pension.

- Un pensionné peut-il encore travailler ?

1°- Activités autorisées sans autorisation préalable :

Par exemple, une activité comme enseignant ou moniteur dans une école ou un centre d'apprentissage pour mineurs ou l'exercice d'un mandat politique si celui-ci a débuté avant le départ en pension.

2°- Activités autorisées moyennant une déclaration préalable :

Cette matière, récemment élargie, est modulée par le type d'activité, l'existence de personnes à charge et selon que la pension soit prise avant ou après l'âge légal de la pension. Le croisement de ces paramètres détermine des montants maximaux de revenu annuel²¹⁰. Si le pensionné dépasse ce montant, la pension est diminuée du pourcentage du dépassement, jusqu'à 15 %. Au-delà de ce seuil, la pension est suspendue pour toute l'année.

- Age normal de la retraite et retraite anticipée

Depuis 1997, l'âge normal de la retraite est de 65 ans et la pension prend cours le premier jour du mois qui suit celui durant lequel l'âge de la retraite est atteint. L'âge de la retraite des

²¹⁰ brut pour l'activité salariée, net pour l'activité indépendante.

femmes est progressivement relevé puisque de 61 ans en 1997, il est de 65 ans depuis le 1^{er} janvier 2009.

Il est possible de prendre la pension à partir de 60 ans en constituant une carrière d'au moins 35 ans de travail. Dans le cas d'une pension anticipée, un préavis réduit est en vigueur.

▪ Calcul de la pension de retraite :

La pension de retraite est calculée d'une part, en fonction de la durée de la carrière professionnelle et d'autre part, en fonction des salaires perçus au cours de la carrière. De manière très sommaire, dans le calcul de la durée sont considérés :

- les années travaillées (avant et après 1946),
- les périodes assimilées,
- les périodes de travail à temps partiel,
- les années reconnues : interruption de carrière, crédit-temps, milice ou objection de conscience, certaines périodes d'études, etc.,
- les possibilités de régularisation en matière de cotisations sociales.

Le calcul des montants de salaires à considérer, ainsi que leur revalorisation sont des mécanismes complexes qui n'ont pas leur place dans notre cours.

Lorsque les deux conjoints ont droit à une pension, ils peuvent opter soit pour une pension de ménage, soit pour une pension d'isolé pour chacun des deux conjoints. Si les deux pensions sont des pensions de salarié, l'ONP calcule d'office la pension la plus favorable.

3. Les pensions de survie.

▪ Conditions d'octroi :

Le conjoint survivant doit être marié depuis au moins un an, sauf s'il y a un enfant à charge donnant droit à des allocations familiales ou si le décès est dû à un accident survenu après le mariage. Le conjoint survivant doit être âgé de 45 ans au moins, sauf s'il y a un enfant à charge donnant droit à des allocations familiales ou s'il a une incapacité de travail de 66 %.

Le conjoint survivant ne peut être remarié et doit répondre aux conditions générales de pension : résidence, arrêt de l'activité professionnelle.

▪ Calcul :

La pension de survie est calculée sur la base de la pension de retraite que le conjoint décédé avait déjà reçue ou aurait perçue au moment de son décès. La carrière du conjoint décédé est composée selon les mêmes principes que ceux appliqués à la pension de retraite.

4. Règles communes et garantie de revenu aux personnes âgées.

- Règles communes :

1°- Les pensions sont adaptées à la cherté de la vie, soit à l'indice des prix à la consommation. Cette adaptation prend la forme d'une prime dite de revalorisation et ne concernant que certaines pensions en fonction de leur « ancienneté ».

2°- Les pensionnés reçoivent un pécule de vacances.

3°- De nombreuses règles de cumul existent en fonction du type de régime de pensions, selon qu'il s'agit de pensions de retraite ou de survie, selon la nature des pensions.

- Garantie de revenu aux personnes âgées :

Afin de régler correctement l'égalité entre les hommes et les femmes, de moderniser le système, la notion de garantie de revenus pour personnes âgées a récemment été introduite. Les modalités d'octroi sont plus souples que le régime de base des pensions, et visent à resserrer les mailles de la sécurité sociale. La GRAPA est accordée après enquête sur les ressources des bénéficiaires potentiels, elle s'intéresse à l'ensemble des moyens de subsistance dont le bénéficiaire et ceux avec qui il cohabite. Certains revenus n'entrent pas le calcul, en tout²¹¹ ou en partie²¹². Cette somme est ensuite divisée par le nombre de personnes à la même résidence principale. Ce montant vient alors en déduction de la GRAPA, qui est un montant forfaitaire.

C'est la commune, ou plus rarement l'ONP, qui traite la demande. Les droits sont examinés d'office pour les bénéficiaires d'allocations d'handicapés, pour les *minimexés*, pour les pensionnés dont la pension semble inférieure à la GRAPA. Arrivé à l'âge légal de la pension, et depuis peu, le système se met en route pour toute personne qui habite en Belgique. Les personnes qui doivent se manifester afin que leurs droits soient examinés, sont : les invalides et les chômeurs qui souhaitent prendre leur pension de manière anticipée, les veuves et veufs dont le conjoint est décédé avant l'âge légal de la pension.

- Paiement des pensions : elles sont payées par assignation postale. Il existe des démarches afin qu'un versement soit opéré. Le paiement est mensualisé, son montant est soumis à une cotisation sociale au titre de l'assurance maladie (3,55 %), à un précompte professionnel et à une retenue de solidarité. La pension ne peut être réduite au-delà d'un certain seuil suite à ces prélèvements.

²¹¹ allocations familiales, pensions alimentaires, assistance, handicap...

²¹² plancher sur le revenu cadastral, la vente du logement ou les capitaux mobiliers...

1. L'aide sociale du CPAS

Les centres publics d'action sociale sont des établissements publics communaux et ont pour mission d'octroyer à toute personne se trouvant sur le territoire de sa juridiction l'aide nécessaire pour « mener une vie conforme à la dignité humaine ». Cette aide peut prendre les formes les plus diverses : soins médicaux, paiement de cotisations mutualistes, aide en argent, mise au travail, conseils juridiques, ...

A certaines conditions, les frais de l'aide sociale, ainsi engagés, peuvent être récupérés par le CPAS auprès des membres de la famille du bénéficiaire : époux, parent et enfant.

2. Le revenu d'intégration

Le revenu d'intégration est la disposition qui a remplacé en 2002, le « minimex » ou minimum de moyens d'existence. Les conditions d'octroi sont les suivantes :

- être belge ou être établi en Belgique ;
- être disposé à travailler ou en être empêché pour des raisons de santé ;
- être privé de ressources et ne pas être en mesure de s'en procurer.

L'objectif de la mesure est l'intégration sociale concrétisée dans la mesure du possible par un emploi ou un contrat d'insertion. Le montant de ce revenu, dont la gestion est confiée au CPAS, varie en fonction de la composition du ménage.

3. Les allocations pour handicapés

Ce régime est un système d'assistance géré par l'Etat qu'il ne faut pas confondre avec les indemnités d'invalidité de l'assurance-maladie, ou avec le reclassement social des handicapés.