

02.1.

LA SÉCURITÉ SOCIALE

APERÇU DES RÉFLEXIONS DU SERVICE

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, LA PRÉCARITÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Le préambule de l'accord de coopération est très clair sur la valeur de la sécurité sociale pour la société et, plus spécifiquement, sa contribution à la lutte contre la pauvreté : «La sécurité sociale est prioritaire pour le maintien de la cohésion sociale, pour la prévention de la précarité, de la pauvreté et des inégalités sociales et pour l'émancipation de l'être humain».

Les chiffres sont irréfutables : s'il n'y avait pas de transferts sociaux – donc pas de pensions non plus – le taux de risque de pauvreté concernerait non pas 15% de la population mais 41%. Ceci montre bien que la sécurité sociale est une première protection, un premier barrage efficace contre certains risques (chômage, maladie, etc.) pouvant engendrer la pauvreté.

Les participants aux concertations du Service estiment dès lors qu'une sécurité sociale forte est essentielle. Selon eux, pour ce faire, la politique en matière de sécurité sociale doit tenir compte des éléments suivants :

- la protection doit être générale,
- le financement doit être structurel et solide,
- des droits doivent être garantis.

Nous détaillons ces trois éléments ci-après.

1) " Une sécurité sociale centrée sélectivement sur les plus pauvres est dangereuse car elle n'aura plus aucun intérêt pour d'autres couches de la population qui se tourneront vers l'assurance privée et la logique d'assistance remplacera la logique d'assurance sociale et de redistribution qui

est issue de la lutte des travailleurs pour cette sécurité sociale.¹”

En d’autres mots, une multiplication de mesures ciblées au sein de la sécurité sociale affaiblit celle-ci car ces mesures bénéficient d’une légitimité moindre tant aux yeux des personnes pauvres qu’à ceux de l’ensemble de la population. Elles mettent donc en péril le principe d’assurance solidaire, fondement même de la sécurité sociale.

Force est cependant de constater que notre sécurité sociale navigue perpétuellement entre principes d’universalisme et principes de sélectivité. L’universalité de la protection s’est ainsi accompagnée d’une sélectivité accrue au bénéfice des plus vulnérables.

Par exemple en matière de soins de santé, la réforme de l’accès à l’assurance soins de santé intervenue en 1998 représente sans conteste une avancée majeure vers une généralisation de la couverture sociale. Mais, face au coût des soins de santé, les mesures sélectives visant à assurer aux groupes sociaux fragiles et économiquement défavorisés une accessibilité financière des soins de santé se multiplient.

Outre le fait que les mesures sélectives affaiblissent la sécurité sociale dans son fondement même, elles présentent certains inconvénients qui en diminuent aussi la portée et l’efficacité.

Ainsi, les mesures sélectives, en particulier lorsqu’elles ne bénéficient qu’à certaines catégories de personnes, ont comme effet pervers qu’elles enferment leurs bénéficiaires dans des situations sociales d’exclusion. Heureusement, le politique a de plus en plus tendance à tenir compte de cet aspect et, afin d’y remédier, veille à ce que les avantages accordés à une catégorie d’ayants droit ne se perdent pas de manière abrupte lors d’un changement de statut. Dans le système des allocations familiales par exemple, pour combattre les pièges à l’emploi on a instauré assez récemment une mesure permettant aux demandeurs d’emploi qui ont trouvé un travail de continuer à bénéficier des allocations majorées pendant une durée déterminée.

Par ailleurs, les mesures spécifiques entraînent parfois une inégalité de traitement entre des personnes confrontées aux mêmes difficultés. Ainsi, un chômeur bénéficiera de tel dispositif ou de telle majoration tandis que son voisin qui travaille mais ne perçoit qu’un salaire très bas n’en bénéficiera pas.

Les participants aux concertations ont souvent relevé aussi le caractère stigmatisant des mesures sélectives, le non-respect des choix de vie (notamment en ce qui concerne la prise en compte de la cohabitation), et les difficultés au regard du droit à la protection de la vie privée.

Enfin, la multitude de dispositifs engendre une grande complexité du système, et suscite en per-

1 APRGP - Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté (1996), Contribution des Associations partenaires concernant la modernisation de la sécurité sociale, *Revue belge de sécurité sociale*, 1996 (3) : 512.

manence le risque d'une appréciation erronée et d'une perte de droits, ainsi que d'importantes charges administratives.

Face à ces constats, les participants aux concertations plaident pour le maintien et le renforcement d'une solidarité maximale, dans le sens de droits fondamentaux garantis à tous, et pour la limitation de la création de droits résiduels et sélectifs. Ils insistent aussi sur le fait que, parmi les initiatives sélectives, celles qui prennent en compte le revenu sont plus souhaitables que celles qui sont simplement axées sur une catégorie bien définie de personnes.

2) L'impact de la sécurité sociale dépend évidemment aussi des moyens qui lui sont affectés.

A cet égard, nous constatons une évolution vers une réduction structurelle ou ciblée des cotisations patronales, justifiée par des «coûts salariaux» trop élevés. Par ailleurs, les cotisations sont réduites, voire supprimées, pour les travailleurs à bas salaire, afin d'augmenter leur revenu net. Pour garantir la viabilité financière du système, on recourt de plus en plus à des sources alternatives de financement, à savoir les recettes fiscales.

On peut comprendre le plaidoyer en faveur d'une contribution des revenus du patrimoine et du capital au système. "Le financement stable d'un système intégré et généralisé de protection sociale et géré paritairement peut être assuré en faisant contribuer tous les types de revenus (revenus immobiliers, impôt sur la fortune, perception de cotisations sociales sur la valeur ajoutée non salariale des entreprises...)"².

Néanmoins, le mouvement vers une diminution généralisée des cotisations sociales inquiète les participants aux concertations, qui se demandent si l'on n'est pas en train de "détricoter" un système au profit de la création d'emplois, dont finalement il n'est pas sûr qu'elle va permettre de combattre efficacement la pauvreté et l'inégalité.

3) Enfin, les participants aux concertations déplorent fortement la tendance à la responsabilisation individuelle, qui se développe principalement en matière de chômage, ainsi que l'accroissement de la conditionnalité des droits aux prestations.

Ainsi, le plan d'activation des demandeurs d'emploi constitue pour beaucoup d'acteurs un exemple de la manière dont les pouvoirs publics éludent leurs responsabilités en matière d'emploi. On semble en effet partir du principe que les demandeurs d'emploi consentent trop peu d'efforts pour trouver du travail et que c'est à eux de fournir la preuve du contraire. Ceci suppose que l'on tend à moins voir les allocations de chômage comme un droit. L'idée que le demandeur d'emploi est coupable de la situation dans laquelle il se trouve est clairement mise en avant.

2 APRGP - Associations Partenaires du Rapport Général sur la Pauvreté. *Op cit.* : 512.

SÉCURITÉ SOCIALE ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

PATRICK FELTESSE

La présente contribution tente de livrer quelques réflexions au sujet de la sécurité sociale pour alimenter le débat sur l'évolution des politiques à l'encontre de la pauvreté. La sécurité sociale est en effet réputée constituer un rempart contre la pauvreté. D'ailleurs, son efficacité est de plus en plus appréciée à l'aune de l'écart entre les revenus de remplacement et le « seuil de pauvreté ». Cette évolution conduit à des visions réductrices au sujet du rôle de la sécurité sociale et à des confusions notamment entre prévention de la pauvreté et lutte contre la pauvreté, entre pauvreté persistante et multidimensionnelle et risque de pauvreté pécuniaire. Ces dernières années ont également été marquées par la mise en évidence de l'emploi et du levier de l'activation dans les stratégies de lutte contre la pauvreté. Par ailleurs, la sécurité sociale a connu des réformes positives en termes de prévention de la pauvreté. Après de nombreuses années de relative stagnation des revenus de remplacement en termes réels, les minima sociaux ont été revalorisés en plusieurs étapes. On a tenté ici d'en retracer les grandes lignes à défaut de pouvoir en rapporter une évaluation véritable et exhaustive. Enfin, la hausse du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale et la persistance de la pauvreté inclinent à s'interroger sur les dégâts et les manques des politiques liées ou non à la sécurité sociale, ainsi que sur l'action qui devrait être accentuée à l'encontre des phénomènes de reproduction de la pauvreté.

_ LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET LA FONCTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En 1998, un accord de coopération était signé par les gouvernements régionaux, communautaires et fédéral, mettant en place différents outils favorisant la continuité de la politique en matière de pauvreté en Belgique, et notamment un service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. La sécurité sociale est expressément citée dans le préambule de cet accord, comme un élément essentiel de la lutte contre la pauvreté : « *Considérant que la sécurité sociale est prioritaire pour le maintien de la cohésion sociale, pour la prévention de la précarité, de la pauvreté et des inégalités sociales et pour l'émancipation de l'être humain;...* ».

La prévention de la pauvreté y apparaît comme un des objectifs mis en évidence. On peut supposer que les autres éléments avaient dans le chef des auteurs de l'accord un rapport avec la pauvreté et pas seulement avec la sécurité sociale. En effet, une société qui lutte contre la pauvreté renforce sa cohésion sociale en même temps que celle-ci l'incline à mener ce combat. La précarité désigne des situations qui risquent de faire basculer dans la pauvreté. Enfin, la pauvreté forme une des extrémités de l'échelle des inégalités, et résulte des dynamiques produisant et

reproduisant les inégalités, ainsi que les glissements le long de l'échelle sociale.

Il est précisément affirmé que la sécurité sociale est prioritaire « pour la prévention » de la pauvreté et non pas qu'elle l'est pour la lutte contre la pauvreté existante, ce qui est peut-être discutable. En effet, la pauvreté est réputée multidimensionnelle. Les transferts sociaux comme les autres politiques des revenus y compris la redistribution fiscale, ne sauraient suffire à sortir de la pauvreté ceux qui la subissent dans plusieurs de ses dimensions.

Pourtant, il semble qu'aujourd'hui, il n'est plus guère fait de distinction dans les discours politiques entre la grande pauvreté et une pauvreté à la fois passagère et limitée au fait de percevoir des revenus insuffisants pour vivre décemment. On n'en veut pour preuve que l'utilisation omnipotente des termes « seuil de pauvreté » et « taux de pauvreté » dans la qualification des politiques, et plus particulièrement en sécurité sociale. Alors que parmi les indicateurs européens adoptés en 2001 lors du Sommet de Laeken, ce qu'on appelle généralement « seuil de pauvreté » est plus précisément dénommé « seuil de bas revenus » ou « seuil de risque de pauvreté ». Et que la situation de pauvreté persistante est en réalité appréhendée dans ces indicateurs par le fait de percevoir un revenu disponible en dessous du seuil de revenu en question, durant l'année en cours et pendant au moins deux années lors des trois années précédentes¹. Un tel amalgame peut induire une banalisation de la pauvreté en même temps qu'il peut désigner aux politiques de revenu un résultat à atteindre fondé sur un palier qui semble inférieur à un revenu décent dans une société riche. Très concrètement, 30,8% des personnes faisant partie d'un ménage confronté au risque de pauvreté ont des problèmes financiers pour chauffer suffisamment leur logement (contre 14,5% de la population totale), 13,7% d'entre eux sont dans l'impossibilité de manger de la viande ou du poisson tous les deux jours (contre 4,2%) et 59,5% ne peuvent partir une fois l'an pour une semaine de vacances (pour 24,9% pour l'ensemble de la population)². Ces exemples montrent que le seuil de risque de pauvreté ne permet pas de mesurer la proportion de personnes véritablement pauvres, en même temps qu'il apparaît désigner un objectif bien modeste à une sécurité sociale digne de ce nom dans un pays relativement riche.

Surtout, l'omnipotente utilisation de ces indicateurs au sujet de la sécurité sociale peut donner l'illusion quant au rôle de cette dernière et à son importance parmi les politiques de lutte contre la pauvreté. Même si elle y contribue effectivement, la sécurité sociale a-t-elle « pour fonction » de prévenir la pauvreté, voire de lutter contre la pauvreté ?

La sécurité sociale a pour fonction première, ou en première instance, d'offrir de façon solidaire, une couverture financière de certains frais et de remplacer le salaire perdu dans certaines circonstances, c'est-à-dire plus précisément :

- d'assurer les travailleurs et leur famille contre certains risques occasionnant une perte de salaire, comme le chômage, y compris la mise à la prépension, ou une incapacité de travail

1 Alors que le taux de personnes exposées au risque de pauvreté à un moment donné est mesuré pour 2005 à 14,7% de la population belge, la proportion des personnes en situation de risque de pauvreté persistante, s'élève à quelque 7%.

2 SPF Economie – Direction générale Statistique et Information économique (14 mars 2008). *EU-SILC 2006, Comparaison sur base d'indicateurs non-monnaires de la population totale et de la population en risque de pauvreté*, Communiqué de presse.

- liée à une maladie ou à la survenance d'une invalidité ;
- d'octroyer une indemnité permettant de prendre un congé lié à différentes situations (maternité, congé parental, soins palliatifs, etc.) ou une interruption de carrière ;
- de verser une pension après la retraite ;
- de rembourser des soins de santé afin que ceux-ci soient financièrement accessibles ;
- et de contribuer en partie au financement des frais des enfants (allocations familiales, de naissance, etc.).

La sécurité sociale à travers ses différents régimes couvre tous les travailleurs pour les prestations liées au travail et quasi l'ensemble de la population pour les soins de santé et les prestations familiales. Et cela, grâce à un financement solidaire, générant une redistribution tout le long de l'échelle des revenus et non pas des seuls riches vers les seuls pauvres. Si elle ne s'adresse donc pas qu'aux pauvres, la sécurité sociale obligatoire était cependant considérée à sa création en 1945 comme devant éviter la misère et tourner la page de la charité et de l'assistance pour le plus grand nombre. Le pacte social de 1944 stipulait que la sécurité sociale devait « soustraire de la crainte de la misère les hommes et les femmes laborieux ». Les assurances sociales devaient jouer un rôle de prévention de la pauvreté en ce qui concerne les travailleurs et leur famille, tandis que l'assistance devait rester dans une situation résiduaire. Pour autant, la fonction première de la sécurité sociale, du moins telle qu'elle a évolué depuis 1945, est d'offrir une certaine protection à tous contre la perte de revenu ou des frais liés à certains risques et à certaines situations que la collectivité a voulu assurer d'une façon très solidaire. Elle ne peut être réduite à la prévention de la pauvreté, tandis que la lutte contre la pauvreté quant à elle requiert en sus bien d'autres politiques. Les discours dans l'air du temps d'aujourd'hui distillent parfois cette illusion ou cette duperie. Au point d'avancer que la sécurité sociale n'est pas efficace puisque la pauvreté ne diminue pas ou augmente. Et parfois de suggérer qu'elle ne devrait pas couvrir les travailleurs à haut salaire. Il existe des pays où ceux-ci ne participent pas à la sécurité sociale, et d'autres pays où les pouvoirs publics se contentent de prendre en charge les citoyens démunis. Ce ne sont pas ces choix qui ont été opérés en Belgique.

Pour autant, la sécurité sociale contribue bien comme d'autres politiques, à prévenir la pauvreté, ainsi que la précarité qui peut y conduire. Ce qui serait donc une de ses fonctions. Selon la dernière enquête sur les revenus et les conditions de vie³, les transferts sociaux (hors pensions) en 2005 ont réduit la proportion de la population confrontée au risque de pauvreté de 44% (soit nettement plus que les 38% calculés pour l'ensemble de l'Union européenne à 25 pays, mais moins que la France qui est à 48% de réduction ou les Pays-Bas à 52%)⁴. Ainsi, sans sécurité sociale, beaucoup d'entre nous ne pourraient se constituer une épargne ni se payer une couverture privée suffisantes et devraient tôt ou tard s'endetter ou recourir à l'assistance publique. Mais la sécurité sociale n'évite pas qu'un grand nombre de jeunes sortent des études sans diplôme ou avec le seul certificat d'enseignement primaire ou secondaire inférieur, qu'une partie des chômeurs le sont depuis des années sans plus rien espérer mis à part d'effectuer toutes sortes de petits boulots le plus souvent en noir, qu'une partie de la population court beaucoup plus de risques que

3 [2008]. *Enquête UE-SILC 2006*.

4 Cette réduction était de 46% l'année précédente, contre 38% pour l'Union européenne. - Eurostat, [2008].

la moyenne de tomber malade, d'avoir une mauvaise santé ou une infirmité, de vieillir trop vite et de mourir trop jeune, qu'une partie de la population, notamment parmi les très âgés, souffre d'isolement, etc. Elle n'évite pas la reproduction du quart-monde, la misère de nombreux sans papiers gagnant au noir quelques euros par jour, les personnes frappées par les conséquences de la dépression, de l'alcoolisme, d'événements en chaîne conduisant à des exclusions et à la pauvreté. Ces phénomènes de pauvreté mobilisent et devraient mobiliser encore davantage bien d'autres politiques que celles de la sécurité sociale.

_ L'ÉVOLUTION DES STRATÉGIES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Parmi les évolutions de ces dix dernières années, on peut pointer le fait que l'approche de la pauvreté s'articule davantage aux politiques d'emploi et d'insertion socioprofessionnelle. Cette forte accentuation pourrait participer d'une forme de focalisation sur la prévention de la pauvreté monétaire et de l'enlèvement dans l'inactivité, ce qui n'a guère à voir avec la lutte contre la pauvreté persistante et multidimensionnelle. En est symptomatique que les évaluations comme celles dirigées par Béa Cantillon du « Centrum voor sociaal beleid » de l'Université d'Anvers comparent l'efficacité des systèmes de protection sociale des pays européens en croisant l'indicateur de taux d'emploi et celui du taux de pauvreté.

De fait, il a été mis en évidence que le taux de risque de pauvreté était très bas parmi les travailleurs en emploi⁵, ce qui en a fait conclure que l'emploi constituait le meilleur rempart contre la pauvreté, surtout que les allocations se sont érodées en termes relatifs par rapport au salaire moyen parce qu'elles ont moins progressé que les salaires. Une assertion qui de prime abord ne paraît guère contestable, du moins s'il s'agit d'un emploi plutôt stable et à temps plein.

En somme, la meilleure manière de « lutter contre la pauvreté » n'est plus d'offrir une garantie de ressources, de préférence bien ajustée suivant des critères de sélectivité (donner plus à ceux qui ont le plus besoin), mais d'augmenter le taux d'emploi, notamment par des politiques ciblées sur ceux qui ont le plus de difficultés d'accéder à l'emploi, ou de risque de perdre leur emploi. Quitte à encourager le développement de petits boulots peu rémunérés comme les emplois financés par les chèques-services ou d'emplois à temps partiel. Ce qui a favorisé le développement d'une frange de « travailleurs pauvres » qui sont devenus une nouvelle préoccupation, également quant au rôle de la sécurité sociale. Même si l'existence d'un salaire minimum en Belgique et des restrictions légales à la parcellisation du temps de travail ont limité le développement des travailleurs pauvres, du moins dans le circuit légal. Par ailleurs, la flexibilité, considérée par les employeurs comme une condition du développement de nouveaux emplois, a participé au phénomène. L'intérim par exemple s'est rapidement développé ces dernières années, mais en cas de ralentissement économique ce sont ces emplois qui passent le plus vite à la trappe. L'emploi est le meilleur rempart contre la pauvreté sous réserve de certaines conditions. Le modèle anglo-saxon montre que des hauts taux d'emploi sont compatibles avec des taux de pauvreté élevés.

5 Le taux de risque de pauvreté est estimé à 4,2% parmi les travailleurs occupés contre 31,2% parmi les chômeurs. – (2008). *Enquête SILC-2006*.

Dans ce contexte de développement de l'emploi précaire, le concept de « flexisécurité » a fait son apparition comme ce qui pourrait être une nouvelle tâche pour l'Etat social. Il revient à offrir une protection adaptée à un contexte de flexibilité contractuelle et du temps de travail afin de maximiser le taux d'emploi. Mais cette nouvelle vogue ne participe-t-elle pas de la légitimation des politiques et pratiques de flexibilité ? Tout cela ne s'apparente-t-il pas à une promotion de la dérégulation ?

Evidemment que le grand tournant des politiques sociales a été la mise en œuvre de politiques d'activation, ce qui n'est pas sans conséquence négative sur le risque de pauvreté dans la population, outre certains effets positifs. Les intentions affichées par les gouvernements depuis le début des années 2000 en matière d'adaptation au bien-être des allocations sociales ont souvent passé sous silence le sort des allocations de chômage, malgré le fait que le taux de risque de pauvreté est particulièrement élevé parmi les chômeurs⁶. Une opinion s'est peu à peu distillée selon laquelle ces allocations ne devaient pas suivre l'évolution des autres revenus de remplacement pour éviter les pièges à l'emploi. Ce faisant, l'Etat social actif risque de marginaliser une partie des chômeurs tout en favorisant le retour à l'emploi d'une autre partie. Aujourd'hui, une nouvelle tendance apparaît à cet égard, celle de vouloir séparer l'accompagnement et les modes d'indemnisation des chômeurs difficiles à placer des autres demandeurs d'emploi⁷.

A côté d'éventuels résultats positifs, cela risque d'accentuer la stigmatisation des premiers et même leur frustration alors qu'on leur demanderait de mobiliser davantage leurs ressources quand bien même elles seraient extrêmement limitées. D'aucuns estimeront que ce serait plus juste et plus efficace que le traitement semble-t-il insuffisamment différencié, mené actuellement dans le cadre de l'activation par l'Office national de l'emploi (ONEM). La solution serait-elle dans la différenciation fine et l'évaluation continue des pratiques d'accompagnement plutôt que dans une sorte de triage stigmatisant et donc « appauvrissant » ? Faudrait-il davantage investir dans l'insertion au sens large, y compris en termes budgétaires, pourvu que l'on soit en mesure d'en renforcer l'efficacité ?

L'activation est aussi pratiquée à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale. Elle donne des résultats satisfaisants dans un faible pourcentage de cas. Est-ce parce que les méthodes et les moyens ne sont pas assez appropriés et suffisants ? Suivant Robert Castel, on pourrait faire l'hypothèse que l'activation n'apporte pas aux personnes démunies les ressources matérielles, en accompagnement psychologique, en droits et en reconnaissance sociale suffisantes qui leur permettraient de sortir de la dépendance, d'avancer vers l'autonomie et de réaliser un projet en

6 31,2% dans l'enquête SILC-2006.

7 En France, le projet de « revenu de solidarité active » (RSA) vise à simplifier le maquis des minima sociaux mais aussi, suivant un principe de devoirs en terme de retour à l'emploi en contrepartie des droits à un soutien financier, à inciter financièrement au retour à l'emploi et à augmenter sa durée du travail (en conservant un morceau de RSA), et à offrir un accompagnement différent dans un cadre institutionnel décentralisé, autre que celui du service de l'emploi (l'UNEDIC), aux chômeurs difficiles à placer et aux assistés. En Allemagne, la réforme « Hartz » de l'assurance chômage a aussi séparé le traitement des chômeurs difficiles à placer des autres personnes en recherche d'emploi. [Euzéby, Chantal (octobre 2008). « Vers un revenu de solidarité active ? », *Futuribles*, n°345]

propre⁸. L'activation a probablement de l'avenir mais à condition d'évaluer l'efficacité à tous les étages, l'efficacité des stratégies, des méthodes, des attitudes, des institutions, des articulations entre services internes et externes, et d'accorder des moyens suffisants, eu égard aux ambitions sociales énoncées.

COMMENT LA SÉCURITÉ SOCIALE A-T-ELLE CONTRIBUÉ À PRÉVENIR ET À RÉDUIRE LA PAUVRETÉ ?

Il faut bien admettre que, hormis une accessibilité remarquable des soins de santé, généralement de qualité, le tableau de la sécurité sociale n'est pas reluisant en ce qui concerne les revenus de remplacement. L'absence de liaison au bien-être pendant quelque 25 ans et certaines mesures pour réduire la croissance des coûts sociaux (instauration du statut de cohabitant à partir de 1981 en assurance chômage puis en invalidité, réforme des pensions de 1996,...) ont entraîné une baisse du taux de remplacement des pensions et des allocations par rapport au niveau des salaires. En particulier, le niveau auquel les plafonds ont stagné explique sans doute pour partie le développement des couvertures privées, auxquelles les personnes à bas revenus n'ont d'ailleurs pas accès pour la plupart. De surcroît, beaucoup trop de chômeurs, d'invalides et de pensionnés doivent vivre avec un revenu qui ne permet pas une vie décente.

Grâce à la stratégie européenne en matière d'inclusion sociale et à la mise en place d'indicateurs sociaux dans le cadre de la méthode ouverte de coordination, la « popularisation » de l'indicateur dudit « taux de pauvreté » parmi les acteurs et dans les médias a eu le mérite d'attirer l'attention sur cette situation et en particulier sur le faible niveau des minima sociaux. Il faudrait toutefois évaluer si un revenu au seuil de risque de pauvreté de 860 euros par mois pour une personne seule, de 1290 euros pour un couple sans enfants, ou de 1805 euros pour un ménage de deux adultes et deux enfants pour les revenus de 2005⁹, permet une vie décente ? Et si le mode de calcul du seuil ne doit pas être revu. Des études montrent par exemple que la poussée des prix de 2007 et 2008 a davantage touché les ménages à faible revenu étant donné la composition de leurs achats, à savoir que les aliments, l'énergie, et le loyer le cas échéant, qui ont connu une forte inflation, occupent une place importante. Le « seuil de pauvreté » de 2008 sera donc probablement sous-évalué par rapport à l'évolution du coût de la vie des personnes à bas revenu.

La diffusion du « seuil de pauvreté » a ainsi eu pour conséquence positive d'inciter les gouvernements à relever certaines allocations afin qu'elles atteignent ou dépassent ce niveau et à focaliser leur attention sur les catégories sociales où le risque de pauvreté est le plus fréquent (les familles monoparentales, les personnes âgées, les personnes seules,...) et sur certaines observations (discriminations à l'égard des ressortissants de pays tiers, importance de l'accès au logement, augmentation de la proportion d'enfants dans une famille pauvre, etc.). En Belgique, la

8 La voie prônée par Robert Castel et qui est effectivement suivie avec plus ou moins d'intensité et de succès est celle du regroupement ou de l'articulation, dans des partenariats sur un plan décentralisé, des acteurs et des services d'aide à l'emploi et d'insertion sociale et professionnelle. (Castel, Robert (2003). *L'insécurité sociale*, Seuil, p 76)

9 Suivant la dernière enquête UE-SILC 2006 dont l'analyse des résultats a été communiquée en 2008.

garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) et la pension minimale pour les indépendants par exemple, ont fait l'objet de revalorisations dans cette optique. On remarquera à ce propos, qu'en 2008 par exemple, on s'est référé à un « seuil de pauvreté » calculé sur les revenus de 2005, suivant la dernière enquête disponible, qui est sans doute sensiblement inférieur à celui qui sera calculé sur les revenus de 2008 dans l'enquête 2009. Certains minima de sécurité sociale ont dû être relevés pour maintenir un certain écart, comme par exemple entre la pension minimale des salariés et la GRAPA. Ce qui a également favorisé le relèvement du salaire minimum pour éviter une accentuation des « pièges à l'emploi ». Nous y revenons plus loin.

En matière de prestations sociales, ces dix dernières années ont été caractérisées par certaines réformes qui s'avèrent positives pour les personnes à faible revenu et par une stagnation suivie de revalorisations inégales des minima sociaux. Il n'est évidemment pas possible d'en faire une évaluation complète dans le cadre de cette contribution mais bien de donner quelques exemples majeurs.

En assurance maladie, la réforme des conditions d'assurabilité et notamment l'instauration du droit annuel¹⁰ a protégé contre des ruptures temporaires de droits liées à des changements de situation socioprofessionnelle ou à des manquements administratifs par exemple. On peut également citer l'instauration du maximum à facturer¹¹, qui a certainement permis de soulager le budget de bien des ménages¹². Le maximum à facturer, qui varie pourtant suivant des tranches de revenu, est encore trop élevé pour les plus pauvres (le premier plafond de tickets modérateurs est de 450 euros, soit tout de même 5,3% d'un revenu d'intégration sociale pour une personne isolée). Par ailleurs, le fait de devoir avancer le montant des soins ambulatoires peut également poser un problème dès lors que la faculté de recourir au tiers-payant pour les personnes en difficulté financière est méconnue ou que le médecin y est réticent. La création de certains forfaits notamment en cas de maladies chroniques a permis de couvrir partiellement des frais de santé qui n'entraient pas dans le cadre de l'assurance maladie. La généralisation de l'usage des génériques et la révision à la baisse du prix de nombre de spécialités ont aussi allégé la charge des tickets modérateurs pour les patients, ce qui fut logiquement d'autant plus ressenti par les personnes à faibles revenus. Pour autant et de manière générale, le coût des soins à charge des patients a augmenté par rapport à l'évolution de leur revenu, simplement parce que les dépenses de santé croissent nettement plus rapidement que le revenu des ménages. La situation des personnes soignées en maison de repos et à domicile est de plus en plus préoccupante car les dépenses de santé et de « care » à charge des patients sont très fréquemment supérieures à leur pension et à leurs éventuels revenus patrimoniaux. Or, la probabilité de recourir à ce type de soins et de services augmente avec l'allongement de la durée de vie même si les situations de dépendance surviennent plus tard qu'auparavant. Une assurance dépendance au sein de la sécurité sociale, dès lors financée de manière solidaire, serait en mesure de répondre à ces besoins croissants qui accablent souvent bien des familles.

10 Le droit annuel au bénéfice des prestations de l'assurance maladie est basé sur la situation et le paiement des cotisations de la seconde année précédente.

11 Plafond annuel des tickets modérateurs au-delà duquel ceux-ci sont remboursés par la mutualité.

12 En 2006, 252 millions de prestations versées à environ 560.000 ménages (Dpt. R&D, Mutualités chrétiennes).

Les revenus de remplacement quant à eux, ont continué à s'éroder par rapport à l'évolution du salaire moyen, y compris les minima jusqu'il y a quelques années. L'analyse par l'Université d'Anvers de l'évolution des minima sociaux depuis les années 70 est fort instructive¹³. La dernière année d'observation est 2006. Depuis, d'autres revalorisations sont encore intervenues qui changent quelque peu le tableau (essentiellement de nouveaux relèvements des minima de pension et de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)).

De 1970 à 1985, la plupart des minima augmentent plus rapidement que la rémunération brute moyenne. Durant les années suivantes s'accumule un retard par rapport au « bien-être »¹⁴, qui en 1999 atteint 10 à 15% suivant les prestations ou la composition familiale. Une rupture de tendance est observée depuis 2000, surtout pour la GRAPA, mais les minima d'invalidité et de chômage ont continué à régresser par rapport à la moyenne des salaires entre 2000 et 2006. Le décrochage par rapport au revenu national par habitant est un peu plus élevé que par rapport à la rémunération moyenne étant donné la baisse des salaires et la hausse des profits dans le produit intérieur brut.

Le décrochage est aussi observé en termes nets d'impôts. Pour la période 1992-2001, les prestations après impôts par rapport à la moyenne des rémunérations nettes d'impôt ont diminué : de 49% à 43% pour un chômeur chef de ménage sans enfants, de 56% à 48% pour un invalide chef de ménage sans enfants, de 59% à 54% pour une pension minimum de salarié. De 2001 à 2006, les minima pour salariés et les revenus d'assistance n'ont plus décroché de l'évolution de la rémunération moyenne nette, tandis que ceux des indépendants ont augmenté davantage que le bien-être net d'impôt.

En termes réels, les minima ont connu une stagnation (hors évolution de l'indice des prix à la consommation), du milieu des années 90 jusqu'en 2000, alors que par exemple dans les années 70, les minima avaient généralement connu une hausse d'environ 65% au-delà de l'index.

Le souci de plus en plus partagé par les acteurs de réduire les pièges à l'emploi, s'est traduit par l'absence de revalorisation des minima, hormis la pension minimale, alors que des réductions de cotisations personnelles étaient accordées pour les bas salaires. En 2006, l'allocation de chômage minimale d'un isolé se situait à 70% du salaire minimum, après impôts, tandis que le revenu d'intégration atteignait à peine 58%. Les prestations minimales ont moins augmenté que le salaire minimum entre 2001 et 2006 pour les couples sans enfants. Elles ont été davantage relevées pour les isolés et les ménages monoparentaux, ce qui se justifie notamment par le fait que le risque de pauvreté est relativement élevé pour ces deux catégories.

Une attention a aussi été portée aux familles avec enfants à bas revenus à travers le relèvement des allocations familiales majorées et des prestations familiales garanties (outre la hausse du crédit d'impôt pour enfant à charge).

13 Van Mechelen, Natascha ; Bogaerts, Kristel ; Cantillon, Bea (2007). « L'évolution du bien-être de la protection minimale en Belgique et dans les pays voisins », *Working paper* n°5, SPF Sécurité sociale

14 Par référence à la liaison des revenus de remplacement « au bien-être », soit une revalorisation annuelle et automatique à l'évolution du salaire brut moyen, qui fut appliquée telle quelle en matière de pensions durant certaines périodes des années 70 et 80, mais fut ensuite abandonnée pour des raisons budgétaires, et que revendiquent les organisations sociales depuis la fin des années 90.

Finalement, suivant l'analyse de l'Université d'Anvers, si les minima de pension ont été relevés ces dernières années, surtout la pension minimale des indépendants et la GRAPA qui ont rejoint le seuil de risque de pauvreté, la Belgique par comparaison avec les pays voisins, se caractérise par un faible niveau des minima d'indemnité d'invalidité et de chômage, ainsi que du revenu d'intégration sociale¹⁵. Ce sont les allocations de chômage, même en première période, les allocations d'attente, et le revenu d'assistance, qui sont les plus éloignés du seuil de risque de pauvreté. Or, celui-ci, rappelons-le, est calculé sur les revenus d'il y a trois ans.

Des revalorisations des allocations des isolés et des cohabitants en chômage sont intervenues ces dernières années, ainsi qu'une hausse par étapes du minimex à partir de 2002, puis du revenu d'intégration qui l'a remplacé. Cette évolution va probablement être poursuivie afin d'atteindre le seuil de risque de pauvreté, mais cela suppose de disposer des budgets pour relever les minima de sécurité sociale en parallèle, afin de maintenir un écart, ainsi que le salaire minimum brut ou net, afin de ne pas accentuer les pièges financiers à l'emploi. Ces relèvements posent un autre problème, à savoir le fait que l'écart entre les allocations maximales et minimales se réduit. La protection contre la chute de revenu en cas de mise au chômage par exemple, est d'autant plus faible que le salaire est élevé au-delà du plafond salarial. Pour éviter une délégitimation de la sécurité sociale auprès des hauts revenus et des revenus moyens, des budgets seront encore nécessaires pour relever davantage les plafonds. Par ailleurs, il est probable que la mise en cause de la faiblesse des allocations des cohabitants et des effets pervers de cette situation va s'accroître (contrôles dans la vie privée, domiciliations fictives, séparations).

_ AGIR CONTRE LA REPRODUCTION DE LA PAUVRETÉ

Ces évolutions factuelles en sécurité sociale ne doivent pas faire oublier ce qui apparaîtra pourtant comme une évidence, à savoir que la prévention de la pauvreté concerne évidemment la sécurité sociale mais aussi les politiques qui lui sont liées, ainsi que l'ensemble des politiques.

Notons tout d'abord qu'un paradoxe est actuellement observé : le filet de la sécurité sociale a été étendu et resserré mais le nombre de gens qui doivent recourir à l'aide sociale est en croissance. Il y a sans doute à cela plusieurs explications¹⁶. Notamment, une politique liée à la sécurité sociale comme l'activation accentue pour l'instant ce phénomène. Cela conduit à s'interroger sur la manière d'appliquer l'accompagnement des chômeurs, notamment vis-à-vis des personnes qui n'ont pas encore acquis les moyens nécessaires pour contribuer à leur insertion. Également à s'interroger à propos de l'offre, des moyens et de l'efficacité des services de l'emploi et de formation, ainsi qu'au sujet des contradictions en partie induites par certains compromis politiques, dont on peut penser que l'insuffisance de consensus se traduit sur le terrain par des résultats contre-productifs. De sérieuses évaluations des politiques permettront

15 En invalidité, les indemnités belges sont toutefois plus élevées qu'en France. En chômage, il convient de rappeler que la Belgique se distingue par un droit aux allocations sans limitation dans le temps, moyennant le respect des conditions d'assurance.

16 Probablement l'augmentation des séparations de couples, des ruptures de vie commune entre jeunes et parents, du nombre d'immigrants candidats à l'asile ou à une éventuelle régularisation individuelle, etc.

probablement de répondre à ces interrogations et de progresser.

Dans un autre domaine, l'assurance maladie ne pourrait beaucoup plus réduire les inégalités en matière de santé sans une politique de santé qui investisse davantage dans les réponses multidimensionnelles à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Les soins et services sociaux de première ligne, et en particulier toutes les formes de prévention, représentent à cet égard un champ largement sous-investi. La prévention consiste aussi à faire de la lutte contre la pauvreté une préoccupation transversale de quasi chacune des politiques, ce qui est une évidence probablement difficile à mettre en œuvre.

Par ailleurs, la sécurité sociale, aussi efficace soit-elle, ne saurait mettre un terme à la production et à la reproduction de la pauvreté qui résulte notamment des mécanismes inégalitaires. Le renforcement de ces dynamiques inégalitaires pourrait contribuer à accentuer les phénomènes de pauvreté. L'augmentation du taux de pauvreté des enfants (nombre d'enfants vivant dans une famille sous le seuil de risque de pauvreté), ne serait-elle pas en partie causée par les phénomènes de relégation et de discrimination dans l'enseignement et sur le marché du travail et notamment par le fait que ceux-ci affectent davantage les personnes d'origine étrangère dont l'importance augmente dans la population? Ces phénomènes ne sont-ils pas une production d'une société qui n'a pas assez d'aversion contre les inégalités? Dès lors, la lutte contre la pauvreté ne doit-elle pas conduire à remettre à l'honneur la lutte contre toutes les inégalités, outre ce qu'on entend généralement par la lutte contre les discriminations?

Enfin, les dynamiques inégalitaires et précarisantes constituent des phénomènes sociaux fortement générés par le système économique. La production de la pauvreté liée aux transformations de l'économie et des pratiques de ses acteurs nécessite d'autres réponses encore que l'adaptation de la protection sociale et des politiques sociales. Lutter contre la production de pauvreté, demanderait d'agir davantage par exemple contre les spéculations immobilières, contre l'exploitation des sans papiers, contre le manque de régulation, de responsabilisation et d'amortisseurs dans la compétition internationale, contre la dépendance des entreprises par rapport aux acteurs institutionnels, etc. Autrement dit, plutôt que de chercher à mutualiser tous les risques, il s'agirait soit de proscrire les comportements dommageables et de donner aux pouvoirs publics les moyens de davantage les circonscrire soit d'exiger davantage de prévention et de réparations de la part de ceux qui provoquent de tels dégâts sociaux ¹⁷.

17 Cette réflexion s'inspire en partie de Robert Castel (Castel, Robert (2003). op.cit.,p. 62)

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

JOZEF PACOLET

_ INTRODUCTION

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

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

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

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

* Texte traduit du néerlandais.

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

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

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

_ L'ÉROSION DES PENSIONS LÉGALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LES LIMITES DES COTISATIONS PERSONNELLES DANS LES SOINS DE SANTÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_ L'AUGMENTATION DES FRAIS NON MÉDICAUX

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_ CONCLUSION

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

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

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