

# Etendre la couverture universelle et la solidarité

## Le point de vue des Mutualités chrétiennes

*Jean Hermesse fait ici le bilan de la couverture santé en Belgique. Ses avancées, ses reculs, mais aussi les pistes d'actions pour l'améliorer malgré un contexte peu favorable.*

**Jean Hermesse,**  
secrétaire général de l'Alliance  
nationale des mutualités  
chrétiennes.

Interview réalisée par Marinette  
Mormont, journaliste à Alter  
Echo.

### Santé conjugulée : Faites-vous le constat d'un avancement ou d'un recul en matière de couverture santé en Belgique ?

**Jean Hermesse :** En termes de couverture de la population, depuis la seconde guerre mondiale et la mise en œuvre de la sécurité sociale, on a eu un élargissement progressif de la couverture. On est d'abord parti des travailleurs, personnes qui savent cotiser, avec les personnes à charge de ces travailleurs, puis il y a eu la couverture des personnes qui ne cotisent pas : les chômeurs, les pensionnés. On a ainsi élargi progressivement la couverture à toute la population. La dernière extension a été l'intégration des petits risques, les indépendants qui n'étaient pas couverts par l'assurance obligatoire, dans les années 2000. La seule exception qui demeure aujourd'hui : les personnes qui ne sont pas des résidents légaux en Belgique. On est dans un système où il faut encore et toujours entrer par une voie légale. Aujourd'hui en Belgique, on peut dire qu'on a atteint cette couverture de la population à 99 %.

### Tout le monde est couvert, mais il existe des statuts qui accordent une couverture différente à certains pans de la population...

**J.H. :** Oui, c'est une autre évolution que l'on note dans l'histoire de cette couverture. On a commencé à faire une sélectivité. On a créé des statuts, d'abord les VIPOS, aujourd'hui les statuts BIM (bénéficiaire d'intervention majorée) et OMNIO, c'est-à-dire des personnes qui ont droit à une meilleure couverture en raison de leur statut social ou de leur niveau de revenu. Le nombre de personnes qui peuvent bénéficier de cette intervention majorée était de l'ordre de 1,1 à 1,2 million de

personnes au début des années 2000. Progressivement, les ministres socialistes ont élargi cette population, en y ajoutant par exemple les chômeurs de longue durée, puis les personnes avec de faibles revenus. Aujourd'hui environ deux millions personnes bénéficient du statut BIM. La question est de savoir si ce différentiel doit être étendu ou pas. Faut-il rembourser différemment en fonction du revenu ? Etendre le mécanisme BIM/non BIM risque de nous conduire vers un système d'assistance sociale et pourrait amener les personnes à revenus plus élevés à se désolidariser, un vrai danger pour la solidarité, fondement de la sécurité sociale.

### Quels sont les autres critères de sélectivité que ceux liés au statut social ?

**J.H. :** Aujourd'hui, on bénéficie aussi d'un meilleur remboursement meilleur si on a un Dossier médical global ou si on est malade chronique. Le remboursement peut varier selon le comportement : si vous allez chez le dentiste chaque année, par exemple, vous êtes mieux remboursé. Nous avons un régime universel, mais qui est de plus en plus différencié et sélectif. Avec un problème que tout le monde soulève, c'est la connaissance de ces critères. Le citoyen ne connaît pas tous ses avantages. Il y a encore pas mal de personnes qui ignorent leurs droits et on devrait les leur octroyer de manière proactive. C'est pour cela qu'il existe des discussions sur la mise en œuvre d'un droit automatique. Mais l'automatisation des droits est quelque chose de compliqué. Les mutualistes ont maintenant un lien avec l'administration fiscale. Mais peut-on utiliser certaines données pour contacter les gens ? Les mesures sont bien intentionnées, bien pensées, mais est-ce qu'elles atteignent les gens ?

## **Certains revendiquent l'intégration des personnes illégales dans le régime général de l'assurance maladie. Pensez-vous que ce soit possible ?**

**J.H. :** Pour des raisons tout à fait égoïstes, nous avons intérêt à ce que les personnes qui séjournent chez nous de manière illégale soient soignées, parce que certaines d'entre elles se baladent avec la tuberculose par exemple. Du point de vue de la santé publique, il y a tout intérêt à ce que les soins de base soient garantis aux illégaux. Au-delà de cela, doit-on leur garantir les mêmes soins que les Belges ? Pour que le système reste viable, il faudra sans doute conserver une différenciation. Car savoir que, quand on vient en Belgique, on est sûr de recevoir les mêmes soins que les autres, cela peut perturber la solidarité. Il y a un équilibre à trouver.

## **Autre volet de la couverture universelle, celui des « paquets » de soins qui sont couverts.**

**J.H. :** On parle ici de la couverture verticale : qu'est-ce qu'on rembourse pour tous les patients ? Qu'est-ce qu'on intègre ou pas dans les soins de santé ? En Belgique, 22 % des coûts de soins de santé sont à charge des patients, soit 9 milliards d'euros. Dans ces 22 %, 4 % (1,6 milliard) sont couverts par des assurances complémentaires. Cela représente 800 euros par an par personne de frais à charge des patients : médicaments non remboursés, matériel d'incontinence, lunettes, soins dentaires... Évidemment, de manière caricaturale, à quoi sert de dire qu'on couvre toute la population si l'on ne couvre que certains services ? Ce n'est pas vraiment une couverture universelle. De ce point de vue, on est moins bons que la moyenne européenne, il y a toute une série de pays où les soins de santé sont mieux remboursés et donc plus accessibles.

Evidemment, on peut se poser la question de savoir s'il faut couvrir tous les frais. Si je prends les médicaments, on en consomme, en Belgique, pour 550 euros par an et par habitant (dont deux tiers sont couverts). Devrait-on mieux couvrir les médicaments alors que nous sommes dans une situation de surconsommation ? Ce n'est pas toujours utile de couvrir davantage.

## **Une plus ou moins bonne couverture a-t-elle un effet sur la consommation de médicaments ?**

**J.H. :** On a décidé de couvrir tous les médicaments qui sont utiles et nécessaires. Il y a un classement des médicaments selon leur utilité, leur efficacité. Plus ils sont considérés comme utiles, plus ils sont remboursés. Maintenant ce n'est pas ça qui va influencer la consommation. La consommation est liée à la prescription. Il

est vrai qu'un patient peut exercer une pression sur son médecin, mais l'enseignement a un impact important sur le profil de prescription. En Belgique, on consomme par exemple 2,5 fois plus d'antibiotiques qu'aux Pays-Bas. Toujours dans notre pays, 14 % des dépenses des soins de santé passent dans les médicaments, contre 6,5 % aux Pays-Bas. Or 1 % de différence, ce sont 400 millions d'euros qui sont disponibles pour autre chose ! Ce sont les prescripteurs qu'il faut conscientiser.

## **Toujours en termes de services couverts, quels sont les effets de la privatisation de certains pans de la santé ?**

**J.H. :** Les seules assurances privées qu'on a en Belgique sont les assurances « hospi » et les assurances dentaires. Les primes encaissées par les assurances privées (mutualistes ou commerciales, groupes ou individuelles), représentent 1,4 milliard d'euros par an, au sein desquels entre 20 et 22 % sont consacrés aux frais administratifs (soit 300 millions d'euros). Tout cela coûte très cher. Comparativement, la gestion de l'assurance maladie obligatoire par les mutualités et l'INAMI représente 3,5 % de frais de gestion. D'où notre plaidoyer : étendons l'assurance obligatoire, ça coûte moins cher. Par ailleurs, en termes de maîtrise du marché, les assureurs privés ne savent que faire pour endiguer la hausse continue des suppléments. La seule chose qu'ils peuvent faire, c'est augmenter leurs primes. Or ce qu'on veut éviter, c'est l'explosion des coûts. Par ailleurs, ces assurances ne sont pas très solidaires, parce qu'elles introduisent des clauses d'exclusion, de sélection des bons risques. Maintenant, il est vrai que notre assurance maladie doit aussi évoluer et répondre à de nouveaux besoins liés à l'évolution de la société, à l'évolution démographique. Aujourd'hui, notre couverture est très bonne en ce qui concerne la maladie aiguë, mais elle doit se développer en ce qui concerne la maladie chronique et tous les enjeux liés à la dépendance.

## **Une partie de la santé est passée du fédéral vers les entités fédérées. Y aura-t-il des effets sur la couverture ?**

**J.H. :** Comme si on n'avait pas assez de défis, nous nous sommes payés le luxe d'une communautarisation partielle des soins de santé. Près de 5 milliards d'euros ont été transférés aux Régions et Communautés. Cela aura un impact sur la couverture. Je ne sais pas, demain, comment les droits vont être définis dans les Régions. Est-ce que ces droits seront différents de ceux qui existent au niveau fédéral ? Est-ce qu'ils seront différents d'une Région à l'autre ? Quelqu'un qui est bénéficiaire d'intervention majorée au niveau fédéral

sera-t-il bénéficiaire d'intervention majorée au niveau régional ? Dans le cadre du maximum à facturer, les tickets modérateurs qui seront payés dans les centres de réhabilitation régionaux pourront-ils être additionnés avec les tickets modérateurs du fédéral ? Pas sûr. Ce sera un recul pour ces personnes. On se trouve devant des tas de questions et la couverture universelle risque d'être un petit peu entamée avec cette régionalisation. Pour l'instant on est encore dans une phase de transition où les prestations sont gérées comme avant, le réel transfert n'aura lieu qu'en 2018.

### Quelles sont les conséquences des mesures d'austérité sur cette couverture ?

**J.H. :** C'est un autre grand danger que tout le monde voit venir. Notre gouvernement a une tendance politique claire : celle de tailler dans les prestations et les services de la sécurité sociale, et d'avoir un budget des soins de santé plus étroit. Dans le passé, on avait un certain « confort » avec 4,5 % de norme de croissance. Il a été fixé à 1,5 % jusqu'en 2019. La ministre fait un fameux pari et nous craignons que ce budget trop étroit conduise à la réduction de la couverture verticale, c'est-à-dire en termes de services couverts.

### Quelles sont les pistes d'action pour pallier ce recul ?

**J.H. :** Il y a d'abord la piste politique, c'est-à-dire se battre pour que l'assurance soins de santé ne recule pas ou s'élargisse. J'avoue que dans le contexte politique actuel, on ne se fait pas trop d'illusions.

### Pourtant prôner un plus grande couverture, à long terme, c'est économiquement plus intéressant...

**J.H. :** Soit vous laissez cette couverture passer aux mains des assurances privées, ce qui sera plus coûteux. Soit vous laissez les gens se débrouiller. C'est la loi de la débrouille. On voit le résultat en termes de renoncement aux soins. Ce sont les catégories socio-économiques les plus faibles qui renoncent, postposent leurs soins, avec des conséquences importantes en termes de santé, mais aussi de coûts. C'est un calcul à court terme et on risque de le payer. Mais dans le contexte actuel, espérer un élargissement de la couverture par de meilleurs remboursements, c'est sans doute une illusion.

### Revenons aux pistes d'actions...

**J.H. :** L'alternative, ce serait d'étendre les cotisations complémentaires des mutualités, qui peuvent être définies comme des services d'intérêt général. Ces





cotisations sont obligatoires, elles sont uniques et donc solidaires, on ne peut exclure personne. On pourrait imaginer une autre forme de couverture universelle via ces cotisations, qui pourraient couvrir des services mal remboursés par l'assurance obligatoire. Auparavant, le transport en ambulance, en urgence, n'était pas couvert par l'assurance obligatoire. La mutualité chrétienne a été la première à reprendre cela dans sa cotisation complémentaire. On s'est ensuite battu pour que ce soit repris dans l'assurance obligatoire à 50 %. Les initiatives des mutualités peuvent être un banc d'essai avant d'être reprises dans l'assurance obligatoire.

En Belgique, 22 % du coût des soins de santé est à charge des patients. 4,1 % de ce montant est réassuré par les mutualités (assurances « hospi » et soins dentaires principalement). En France, cette réassurance est beaucoup plus forte. L'alternative, ce serait donc élargir la couverture des assurances complémentaires. Cet élargissement repose sur l'initiative des mutualités.

**On parle ici beaucoup du remboursement des soins de santé. Mais une véritable couverture santé universelle ne devrait-elle couvrir davantage que les soins stricto sensu ?**

**J.H. :** De nombreuses études montrent en effet que les déterminants sociaux - alimentation, logement, environnement, emploi, cohésion sociale, éducation, - ont bien plus d'impact sur la santé que les soins de santé. Ne vaut-il pas mieux construire un rail de sécurité au bord du précipice plutôt qu'un service d'urgence au fond du précipice ? On recommande de faire des exercices physiques tous les jours (10.000 pas par jour, soit une demi-heure de marche). Mais si on ne construit pas des chemins aux abords des écoles qui sont sûrs pour les vélos, tout le monde arrive en voiture. L'aménagement du territoire a un énorme impact sur la santé. Il faut aussi aménager des lieux pour se rencontrer. Si on ne crée pas une société où il y a du lien, il ne faut pas s'étonner que les gens consomment beaucoup d'anti-dépresseurs. L'école, l'environnement, les habitudes de vie, l'alimentation, c'est culturel... Un ministre de la Santé doit aussi être ministre de la culture, se préoccuper de l'accès au logement, de l'environnement, de la mobilité... ■