

Positions syndicales face à la politique de la santé et aux initiatives locales
Posiciones sindicales frente a la política de salud y a las iniciativas locales

G. Foidart

Number 1 (41), Spring 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034834ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034834ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Foidart, G. (1979). Positions syndicales face à la politique de la santé et aux initiatives locales. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 122–126.
<https://doi.org/10.7202/1034834ar>

Article abstract

The Belgian social security programme has never sought to go beyond its initial objective of covering the costs of medical treatment. The programme has never been an instrument of health policy and it has never sought to establish an organized health service.

The result is, of course, to ensure the prosperity of liberal-type medical practice and a spectacular rise in costs.

The socialist union, FGTB, demands first of all, that medical costs be financed through progressive income taxes and secondly, that a comprehensive programme of public health be defined and oriented towards the protection of collective health and preventive medicine. As well, the programme should include a network of user-controlled community health establishments with a social and community orientation.

Positions syndicales face à la politique de la santé et aux initiatives locales

par G. Foidart

Historique du système d'assurance soins de santé

L'esprit associationniste, notamment en vue de la sécurité, remonte aux origines de l'Histoire des Hommes.

Nous retrouvons des traces d'un système collectif visant à faire face à la misère des travailleurs et des familles touchées par l'infirmité et les maladies dès le Moyen Age et surtout à partir des 17^e et 18 - 19^e siècles.

Les sociétés de secours mutuels ouvrières prirent naissance, dès le 17^e siècle, dans certaines corporations. L'une des plus anciennes se créa chez les tanneurs liégeois.

Considérant, selon leur propre dire, que "la vie humaine est sujette à beaucoup d'infirmités et maladies corporelles qui réduisent les familles à quantités de misères et d'incommodités"... "touchés et incités d'un zèle charitable envers ceux qui sont présentement et peuvent être au futur touchés de la main de Dieu par tels accidents", ils constituèrent, l'an 1686, une "société en confraternité desdits artisans..." La mutualité obligatoire entre dès lors en vigueur pour le métier des tanneurs. Tous les compagnons artisans étaient tenus de "se faire inscrire et enrôler au nombre des confrères". La caisse était alimentée par un prélèvement, libre, sur chaque journée de travail. Les compagnons qui refusaient leurs versements perdaient le bénéfice de l'intervention de la caisse en cas de maladie ou infirmité. Celle-ci consistait en l'octroi d'une somme hebdomadaire.

Avec la Révolution Industrielle du 19^e siècle, on voit se multiplier les caisses d'assurances mutuelles dans les entreprises. Ce système répartit les charges horizontalement entre les travailleurs qui décident d'y adhérer. Parallèlement à ce système de répartition horizontale des risques sociaux, il existe des caisses de prévoyance gérées par les industriels au gré de leur "bienveillance". Elles visent à la reconstitution la plus rapide possible de la force de travail entamée par la maladie, par un accident de travail, etc.

Les premières législations belges

Une loi de 1851 accorde une reconnaissance légale aux caisses de secours mutuels d'origine privée.

A partir de 1894, l'Etat crée un système de primes et de subsides aux sociétés mutualistes reconnues selon le principe de la "liberté subsidiée" c'est-à-dire qui encourage et complète l'effort de prévoyance individuelle. Des unions mutualistes "neutres" ou "politiques" se créent.

En 1912, un projet de loi prévoit, pour certaines catégories de salariés, l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, avec maintien des mutualités existantes et du libre choix, le financement étant assuré par la double cotisation patrons - ouvriers et des primes de l'Etat.

La première guerre mondiale suspend le cheminement de ce projet. Après celle-ci, on peut dire

que dans le monde des travailleurs, le germe est semé. Leurs revendications se cristallisent dans la formule "assurances générales et obligatoires".

De multiples propositions de loi reprennent les notions du projet de 1912. Les rapports de force ne leur permettent pas d'aboutir. Les crises successives qui secouent l'économie capitaliste dans l'entre-deux guerres favorisent le développement du syndicalisme ouvrier.

On le voit les premières législations reconnaissent tout d'abord le fait d'une assurance sociale d'initiative privée et créée à charge des travailleurs. Ensuite, elle font intervenir l'Etat dans une promotion de l'effort individuel regroupé au sein de multiples caisses.

Le système de Sécurité sociale en Belgique

La seconde guerre mondiale rapproche les forces patronales et syndicales qui cherchent à créer pour l'après-guerre les conditions d'une paix sociale considérée comme indispensable pour la reconstruction.

Un "projet d'accord de solidarité sociale" détermine les bases du système belge de Sécurité sociale.

La loi du 24 décembre 1944, dite loi Van Acker, institue un régime de prévoyance sociale et d'assurance maladie obligatoire.

Ses grandes caractéristiques sont les suivantes :

1. Il crée une solidarité entre différentes catégories de travailleurs, c'est-à-dire les salariés et les appointés.
2. Il maintient la notion d'assurance.
3. Il organise la perception de cotisations obligatoires (patronale et du travailleur) à la source. Un parastatal (le Fonds national d'assurance maladie invalidité ou F.N.A.M.I.) est créé à cet effet.
4. Il assure la redistribution des sommes vers les organismes assureurs, au prorata de leurs affiliés.
5. Il maintient le pluralisme des Mutualités groupées en Unions nationales (Chrésiennes, Socialistes, Libérales, Neutres et Professionnelles). Ces Unions, nées de la fusion des mutualités primaires de l'entre-deux guerres,

reflètent aussi les clivages socio-culturels de cette époque.

6. Il prévoit un barème (nomenclature établissant le prix des prestations de santé) indicatif mais non obligatoire.
7. Il transforme donc le marché des soins de santé en un marché subventionné par les cotisations de l'Assurance.
8. La formation des prix reste soumise à la loi de l'offre et de la demande. En pratique, la couverture financière des soins de santé n'est pas assurée.

En 1963, la loi Leburton étend les effets de l'assurance obligatoire maladie - invalidité à toute la population et rétablit la solidarité nationale en faisant couvrir le déficit de l'Institut national d'assurance maladie - invalidité (F.N.A.M.I. devenu I.N.A.M.I.) par une subvention de l'Etat (35 % environ des ressources de l'assurance); celle-ci comprend une intervention dans le coût de certaines maladies sociales (95 %), dans les cotisations destinées à couvrir les charges financières des veuves, pensionnés, invalides, orphelins (27 % des cotisations) et des chômeurs.

Dans le domaine de la dispensation des soins, la loi propose deux types de médecine :

1. une médecine conventionnée où le médecin, par convention, s'engage à respecter les tarifs de la nomenclature ;
2. une médecine libre que l'allocataire social peut consulter sans entrave et dont les prestations lui sont remboursées au même taux que la médecine conventionnée.

En 1964, à la suite de grèves médicales, la loi Leburton subit certaines modifications. En fait, comme la loi Van Acker, la loi Leburton, malgré d'importants apports du budget de l'Etat, pérennise le système d'assurance. Elle maintient le libéralisme médical. Elle en atténue certains caractères dans la mesure où elle favorise le respect de tarifs d'engagement.

L'instauration d'un système d'assurance maladie - invalidité, obligatoire et étendu à toute la population, est considérée comme un important acquis social pour les travailleurs.

En effet, ils y trouvent un aboutissement à certaines de leurs luttes principales ;

— l'Homme a droit à la vie ;

- le Travail assure la vie de l'Homme ;
- l'Assurance vise à la fois à couvrir les besoins en cas d'incapacité et à reconstituer la force de travail (qui est aussi à la base de l'accumulation du Capital) ;
- son fonctionnement implique de collectiviser le risque et de solidariser les ressources issues du produit du Travail que celles-ci soient versées par le travailleur ou le patron (salaire différé ou solidarisé) ;
- l'introduction de subventions de l'Etat élargit la solidarité à toute la population, active ou non ;
- ce système ouvre largement l'accès aux soins de santé.

Ajoutons que le système a favorisé dans une certaine mesure (combien anarchique) les progrès scientifiques et leurs applications, le développement d'une infrastructure essentiellement curative.

Les limites du système

Le Système de sécurité sociale mis en place n'a jamais dépassé son objectif d'assurer une couverture financière en cas de maladie - invalidité. Son but n'a jamais été d'intervenir dans une politique de Santé. Il n'a jamais visé à mettre en place un Service de santé organisé.

La prospérité du libéralisme médical et l'augmentation des coûts

Dans le cadre de la médecine libérale, la couverture financière apportée par l'Assurance biaise le jeu de l'offre et de la demande. D'une part, le médecin détient un monopole ; il est le seul juge de l'attribution des prestations sanitaires.

D'autre part, le patient n'a plus une responsabilité directe dans le contrôle des coûts. Bien plus, comme le médecin, comme les mutualités, comme l'industrie des biens de consommation médicaux... il peut trouver un bénéfice à solliciter le système, sans qu'aucun des partenaires ne représente un élément de pondération. Tout concourt à une surmédicalisation. On ne peut évidemment sous-

estimer l'importance d'autres facteurs de consommation : l'évolution scientifique et technique, le modèle de pratique présenté au cours de la formation médicale, l'augmentation du nombre de médecins et notamment de spécialistes, le vieillissement de la population et sa médicalisation, l'apparition de nouveaux agents pathogènes (parallèlement à la disparition d'autres). Tous ces facteurs déterminent un comportement sanitaire nouveau et expliquent la consommation accrue en soins de santé et l'augmentation des coûts. Mais ceci n'aboutit pas nécessairement au meilleur niveau de santé pour l'investissement consenti.

L'absence de politique de Santé globale et d'une organisation sanitaire

La notion d'assurance en cas de maladie signifie en elle-même que son intervention est limitée à la phase morbide (ou ressentie comme telle) et même aux actes curatifs (ou considérés comme tels) ; elle implique une démarche préalable du "malade". On comprend dès lors le peu de développement de la médecine préventive, de l'éducation sanitaire, de l'évaluation des soins et l'hypertrophie de la médecine curative, incluant une technicité croissante. On comprend aussi la séparation totale de ces différentes activités qui recouvrent des pratiques et des modes de financement différents. Le secteur curatif est, d'une façon générale, le lieu de la médecine libérale.

Celle-ci ne s'oriente pas vers un but de santé globale. En effet, elle est conçue comme :

- une pratique individualiste ;
- une pratique à l'acte : chaque acte est répertorié aussi bien dans sa nature que dans son coût. Le prestataire n'est guère motivé à intégrer les données recueillies. Celles-ci ne subissent pas une évaluation de leur efficacité et de leur qualité. Au contraire, le prestataire est incité financièrement à répéter le plus grand nombre d'actes ;
- une pratique limitée presque exclusivement à la dispensation de soins en cas de maladie

Elle a abouti à une prépondérance des prestations techniques au détriment de l'acte intellectuel et de l'effort de synthèse. Elle a négligé la prévention et l'évaluation des activités sanitaires.

Le mouvement ouvrier et les organisations syndicales face à l'assurance

On l'a vu, la création et l'extension d'un régime d'assurance sociale sont des conquêtes importantes du mouvement ouvrier. Mais les organisations syndicales n'ont guère le pouvoir de contrôler l'utilisation des cotisations des travailleurs et encore moins d'établir une politique de santé. Comme dans d'autres secteurs, leur pression a servi le développement de la consommation mais moins les choix de consommation. La croissance des années 60 a permis le financement quasi illimité d'un système de distribution de soins sans se poser la question de son rapport coût-efficacité. Le problème des priorités n'existait guère. Chaque développement technique était pris en charge, sans en discuter l'intérêt. Les organisations de travailleurs se sont sans doute contentées de l'objectif : l'accès pour tous et à tout. Mais elles ne déterminaient pas ce "tout".

Dès la conception de notre système de sécurité sociale, le mouvement socialiste s'oriente à plusieurs reprises vers des solutions plus "beveridgiennes" qui visent notamment une planification et une organisation sanitaire dans un système national de santé.

La résolution votée au congrès du Parti socialiste belge en septembre 1959 nous dit que le service national de santé doit comporter "la solution des problèmes médicaux et pharmaceutiques, grâce à un statut des médecins et des pharmaciens qui apportent leur collaboration en assurant à ceux-ci standing moral, sécurité sociale et perfectionnement scientifique ; la gestion et le fonctionnement des hôpitaux, basés sur l'organisation rationnelle d'un réseau de centres hospitaliers, en étroite collaboration avec des centres médicaux locaux et avec, à tous les échelons de l'organisation, mise en oeuvre de la médecine d'équipe ; la coordination de la médecine curative et préventive ; la gestion économique du régime et la simplification du contrôle".

Toutes les organisations socialistes font référence vers les années 60 à un service national de santé. Après la grève médicale de 1964 et le refus du corps médical vis-à-vis d'un tel système, la revendication va être progressivement abandonnée.

Les organisations syndicales ont délégué dans une large mesure aux mutualités leur rôle de défense des travailleurs en tant que consommateurs de soins. Les mutualités elles-mêmes ont évolué vers des objectifs essentiellement comptables. Il est vrai qu'actuellement, certaines fournissent un réel effort en faveur de la participation de leurs affiliés.

C'est face au "déficit" actuel de la sécurité sociale qui trouve son origine dans l'inadéquation entre les dépenses croissantes et des ressources limitées par les effets de la conjoncture économique, que des voix s'élèvent de plus en plus pour réclamer une réforme du système. LA F.G.T.B. (syndicat socialiste) énonce un certain nombre de propositions de base :

1. *En matière de financement*

Les soins de santé sont donc actuellement financés par 3 sources :

- 1) les cotisations des employeurs et des travailleurs à l'A.M.I. (= salaire différé solidarisé) ;
- 2) les subventions de l'Etat à l'A.M.I. (= fiscalisation partielle) ;
- 3) l'intervention personnelle des bénéficiaires.

La F.G.T.B. revendique une fiscalisation progressive du régime des soins de santé où les cotisations prélevées sur les salaires seraient remplacées par l'impôt sur les revenus. Elle lie dans une certaine mesure cette modification à l'adaptation de la législation fiscale. En outre, et d'une façon générale, elle s'oppose à l'augmentation de l'intervention personnelle.

2. *En matière d'utilisation des ressources*

La F.G.T.B. considère que la fiscalisation des soins de santé entraînerait une responsabilité directe du gouvernement et du Parlement. Toutefois, il conviendrait de créer un organe de contrôle et de concertation en ces matières afin de garantir l'acquis social des travailleurs et de leur permettre de prendre directement leur responsabilité dans les choix.

A court terme, dans le système existant, la F.G.T.B. propose des mesures de contrôle des dépenses. Elle demande une révision du système des conventions et l'intervention des interlocuteurs sociaux dans la procédure. Elle réintroduit la notion du carnet médical (prévu par une loi mais non appliqué). Elle envisage la limitation de l'accès aux spécialistes. Elle appuie le programme de plani-

fication et limitation hospitalière et de l'appareillage médical lourd ainsi que le développement des soins à domicile. Elle demande un meilleur contrôle du prix de la journée d'hospitalisation et de la durée des hospitalisations ainsi qu'un contrôle quantitatif et qualitatif des actes médicaux notamment par l'établissement d'un profil par prestataires de soins. Elle insiste pour une meilleure définition des prix des médicaments en vue d'une réduction des prix, un enregistrement plus strict de ceux-ci et une limitation du nombre de spécialités remboursables. Elle exige une réglementation de la publicité et son remplacement par une information objective organisée par un service public.

3. *Au sein de la F.G.T.B. on retrouve un courant favorable à une politique de santé publique s'appuyant sur une organisation sanitaire de type service public.*

Le ou les projets de régionalisation de la Belgique attribuent généralement à la communauté (francophone ou néerlandophone) les compétences en matière de santé publique. Dans ce cadre, on devrait opérer la réunification de la décision actuellement dispersée entre plusieurs départements ministériels. Le pouvoir politique communautaire serait donc responsable de la définition d'une politique de santé publique.

Celle-ci devrait viser :

- la promotion et la protection de la santé collective et bien sûr, à l'échelle individuelle, le rétablissement de celle-ci ;
- une analyse des problèmes de santé de la collectivité ;
- une action intégrée, qui tienne compte de tous les déterminants de la maladie, et qui assure la liaison des activités curatives et préventives ;
- la recherche d'un maximum d'efficacité ;
- une évaluation des actions impliquant une révision régulière des orientations ;
- la qualité des relations humaines.

Cette politique de santé devrait s'appuyer sur une organisation sanitaire bâtie à l'échelon local (commune ou ensemble de communes) donc décentralisée, impulsée et contrôlée par les pouvoirs publics. Le Centre de santé assurerait le service primaire de santé dans les domaines épidémiologique, prophylactique et curatif.

L'équipe socio-sanitaire de base disposerait ainsi d'une infrastructure et d'une logistique. Elle assurerait un point de contact stable et personnalisé entre la population et l'organisation sanitaire. Elle serait responsable de la santé globale d'une communauté. Le médecin généraliste trouverait ainsi sa place dans un milieu structuré aux objectifs élargis et à l'action intégrée.

Le Centre de Santé serait géré par un conseil regroupant des pouvoirs publics locaux, les délégués de la population ainsi que des représentants des travailleurs du Centre. Il serait tenu de travailler en collaboration avec les autres structures de dispensation de soins. L'ensemble de ces éléments devrait constituer un réseau de santé publique dont la coordination serait assurée au sein d'un Institut de santé publique composé notamment de représentants des unités de base. Celui-ci devrait recevoir et intégrer les données émanant de l'échelon local et éclairer les choix politiques à l'échelon communautaire.

Dans une telle organisation sanitaire de type service public, le système "inflationniste" à l'acte devrait être remplacé par l'attribution d'un budget en fonction de critères qui tiennent compte de la qualité de l'activité et de son efficacité.

La rémunération à l'acte des médecins ferait place à une rémunération forfaitaire, à la fonction.

En résumé, l'effort solidaire de financement devrait s'accompagner d'un même effort solidaire dans la définition des besoins, l'élaboration d'une politique de Santé publique. Celle-ci s'appuierait sur une organisation sanitaire de type service public. Elle serait bâtie à l'échelon local. Les pouvoirs publics ont des initiatives à prendre mais ils doivent accepter la participation et la responsabilité directe de la population et des travailleurs. Le Centre de santé assurerait le service primaire de santé et viserait à intégrer les aspects psychologiques, sociaux et médicaux et l'action épidémiologique, prophylactique et curative.

Dans une telle perspective, on comprend l'appui de l'organisation syndicale socialiste, comme d'autres formations d'ailleurs, aux initiatives des Maisons médicales qui sont la préfiguration d'une nouvelle pratique à la base et d'une véritable politique de santé.

G. Foidart