

1  
1<sup>e</sup> trimestre  
2004  
46<sup>e</sup> année

1  
1<sup>e</sup> trimestre  
2004  
46<sup>e</sup> année

' Information ' et ' formation ', ce sont là, plus que jamais, deux mots clefs de notre époque et deux exigences auxquelles la Revue belge de sécurité sociale veut souscrire en publiant des articles de haut niveau consacrés aux aspects juridiques, économiques, sociologiques ... de la protection sociale, tout à la fois matière de connaissance et de réflexion pour le lecteur.

Cette politique entend s'inscrire dans le cadre de l'Union européenne. Chaque numéro comporte, donc, une rubrique dédiée à cette fin.

La Revue paraît chaque trimestre en deux versions : l'une française et l'autre néerlandaise. La Revue peut être consultée sur internet :

<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

' Informeren ' en ' aanleren ' zijn meer dan ooit twee sleutelwoorden van onze tijd. Het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid wil daartoe bijdragen door kwaliteitsvolle artikelen te publiceren over juridische, economische, sociologische, ... aspecten van de sociale bescherming, die de lezer enig inzicht bijbrengen en hem tevens tot nadenken kunnen aanzetten. Deze lijn wordt ook doorgetrokken naar het domein van de Europese Unie : elk nummer bevat een vaste Europese rubriek.

Het Tijdschrift verschijnt ieder trimester in twee versies : de ene in het Nederlands, de andere in het Frans. Het Tijdschrift kan ook worden geraadpleegd op het internet :

<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

Service public fédéral Sécurité sociale  
Rue de la Vierge noire 3c - B-1000 Bruxelles

ISSN : 0035-0834

R e v u e b e l g e d e  
**SECURITE SOCIALE**

R e v u e b e l g e d e  
**SECURITE SOCIALE**

.be

ISSN 0035-0834

Les travaux signés ou reproduits sous le couvert d'une indication de source dans cette publication n'engagent que la responsabilité de leur auteur et ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion du Service public fédéral Sécurité sociale.

# SOMMAIRE

<b>AVANT PROPOS</b>	3
---------------------	---

## ASSURANCE-DEPENDANCE

<b>L'INDISPENSABLE REORIENTATION DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE</b>	9
BEA CANTILLON	

<b>POURQUOI UNE ASSURANCE-DEPENDANCE ?</b>	19
JEF BREDA	

<b>LA SECURITE SOCIALE FLAMANDE, BELGE ET EUROPEENNE - ASPECTS JURIDIQUES DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE, EN DROIT BELGE ET EUROPEEN</b>	35
STEVEN VANSTEENKISTE	

<b>ASPECTS ECONOMIQUES D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE EN BELGIQUE FRANCOPHONE ET GERMANOPHONE</b>	69
RODRIGO RUZ TORRES	

<b>ASSURANCE-DEPENDANCE EN BELGIQUE : REFLEXIONS D'UN ECONOMISTE</b>	93
ALAIN JOUSTEN	

<b>DISCUSSION SUR L'INTRODUCTION D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE DANS L'UE</b>	113
JOZEF PACOLET	

## A PROPOS DE L'E-GOVERNMENT

<b>A PROPOS DU LIVRE « LE PAYSAGE INFORMATIQUE DE LA SECURITE SOCIALE COMME METAPHORE ? » DE PIERRE VAN DER VORST</b>	143
---	-----

<b>LA BANQUE CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE EN 2004</b>	147
FRANK ROBBEN et PETER MAES	

## DE NOS UNIVERSITES : TRAVAUX DE FIN D'ETUDES

<b>EMPLOI CONVENABLE VERSUS ETAT SOCIAL ACTIF : ANALYSE REGLEMENTAIRE ET JURISPRUDENTIELLE 1970-2003</b>	179
KATIA DE LOOSE	

## ABSTRACTS

# AVANT-PROPOS

Le premier numéro de la 45<sup>ème</sup> année se concentre sur le thème de l'assurance-dépendance.

Dernièrement, « l'Association pour la sécurité sociale », fondée par feu le professeur émérite et membre du comité de rédaction Herman Deleeck, et la « Section belge de l'Institut européen de Sécurité sociale » ont fusionné et ont organisé le 23 octobre 2003 à Bruxelles le colloque 'Assurance-dépendance'.

Dans ce numéro, le lecteur trouvera, reproduites, dans leur ordre, plusieurs contributions majeures.

Dans l'article d'introduction, Bea Cantillon décrit comment 'les soins' ont évolué en nouveau "risque social", sous quelles formes se manifestent ces problèmes et dans quelle mesure, le système de protection traditionnel de la sécurité sociale n'offre que des réponses insuffisantes.

Elle place l'assurance-dépendance flamande dans son contexte belge et européen et pose la question de la durabilité financière et de l'efficacité sociale du système.

Jef Breda examine plus en détail l'évolution de ce nouveau besoin de soins sociaux, la nature et l'étendue de ce risque en Flandre.

Ainsi, il fait apparaître que l'estimation du besoin de soins dépend fortement des instruments de mesure utilisés et que les choix politiques génèrent des effets importants pour les intéressés lors de la délimitation des catégories de soins.

Malgré les mérites de l'actuelle assurance-dépendance flamande, il n'exclut cependant pas, à l'avenir - pour des raisons d'efficacité et de durabilité financière - des modifications en profondeur.

Steven Vansteenkiste voit dans l'assurance-dépendance flamande une expérience extrêmement passionnante, bien que la législation en ait été quelque peu bâclée. Dans le contexte européen, c'est la première assurance sociale, organisée au niveau d'un Etat fédéré.

S'appuyant sur la littérature et surtout sur les décrets et les arrêtés d'exécution, il examine en détail la nature, le champ d'application personnel, les clés d'indemnisation ainsi que le financement du système. Il décrit en outre la répartition des compétences entre pouvoirs publics fédéraux et régionaux et situe le système dans le contexte européen, y compris dans ses rapports avec le Règlement CE 1408/71.

Rodrigo Ruz Torres se focalise sur la situation en Belgique francophone et germanophone et approfondit les aspects économiques d'une introduction de l'assurance-dépendance. Parce que cette mise en œuvre devra tenir compte de l'offre existante et limitée des soins, il faudra assurément aussi une politique adaptée de l'offre.

Afin de pouvoir évaluer les conséquences économiques, rien de plus logique que d'établir une estimation du nombre des personnes ayant besoin de ces soins. Toutefois, l'introduction d'une assurance-dépendance est susceptible de provoquer une hausse de la demande de soins. L'auteur décrit trois effets qui y jouent un rôle : l'effet d'appel, les problèmes de sélection adverse et l'évolution démographique. Certaines considérations autour des modes de financement et les perspectives quant à l'évolution du coût budgétaire lui font conclure qu'un financement au niveau fédéral est une nécessité.

Alain Jousten aussi utilise des concepts économiques pour approcher les problèmes de structuration de l'assurance-dépendance. Les différents acteurs économiques, par exemple les personnes ayant besoin de soins, les dispensateurs de soins, les compagnies d'assurances jouent leur rôle et poursuivent fréquemment des intérêts non parallèles.

Des phénomènes tels que 'la sélection adverse' et la 'pression morale' sont susceptibles de mettre lourdement sous pression l'efficacité et la durabilité financière du système.

Son importance devra être le résultat d'un équilibre entre ce qui est économiquement réalisable et ce qui est socialement souhaitable.

Jozef Pacolet jette un regard rétrospectif sur la discussion et son évolution, dans le courant des années '90, dans les pays de l'Union européenne de l'époque et de la Norvège, relative à l'introduction d'une assurance-dépendance.

Les modifications, alors apportées dans les soins aux personnes âgées, avaient généralement pour but de remplacer en partie les soins intramuraux plus onéreux au bénéfice des soins à domicile et par l'intégration des soins informels.

Ce faisant, des discussions ont vu le jour pour savoir dans quelle mesure les soins informels devaient être couverts par une indemnité, si les soins devaient se concentrer autour de l'aide sociale ou des soins de santé, voire une combinaison des deux, et si le système devait être intégré soit dans l'aide sociale soit dans la sécurité sociale.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale est un instrument essentiel dans le cadre de l'e-government et de l'organisation et de la gestion de la sécurité sociale.

Non seulement, elle est garante d'une prestation de services efficace pour les usagers, tant pour les citoyens que pour les entreprises, mais elle assure également un échange fluide des données entre les divers acteurs de la sécurité sociale, recourant à cet effet aux technologies modernes de l'information et de la communication.

Frank Robben et Peter Maes nous présentent un aperçu clairement structuré de la mission et des principales réalisations de leur institution. La partie consacrée aux défis montre que, pour le futur également, la Banque Carrefour continue à situer ses ambitions à un niveau élevé.

Dans la rubrique 'De nos universités : travaux de fin d'études', Katia De Loose examine par le biais de la réglementation et de la jurisprudence de 1970 à 2003 si, du fait de la politique d'activation – par souci de conserver notre système de sécurité sociale et notre Etat social actif –, et par la pression de 'l'emploi à tout prix', le droit à un 'emploi approprié' ne risque pas de s'éteindre.

Elle arrive, d'une part, à la conclusion que la protection juridique, offerte par la notion 'travail approprié', reste maintenue et est même améliorée mais que les sanctions ont sensiblement été alourdies. D'autre part, elle se pose la question de savoir si la notion 'travail' ne peut évoluer en direction d'une interprétation plus large que celle d'un « travail économique » pur et peut également inclure les activités socialement utiles pour arriver ainsi à une société de participation digne de ce nom.

\*

Récemment, Johan Luttun, directeur-général du Service public fédéral Sécurité sociale et membre du Comité de rédaction de la Revue belge de sécurité sociale, est parti à la retraite. C'est à regret que la rédaction voit partir ce collaborateur inspiré, particulièrement apprécié pour sa fermeté affable, pour son implication, pour ses connaissances juridiques et pour sa compréhension et son intelligence.

---

<b>L'INDISPENSABLE REORIENTATION DE L'ASSURANCE-INDEPENDANCE FLAMANDE</b>	9
<b>POURQUOI UNE ASSURANCE-DEPENDANCE ?</b>	19
<b>LA SECURITE SOCIALE FLAMANDE, BELGE ET EUROPEENNE - ASPECTS JURIDIQUES DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE, EN DROIT BELGE ET EUROPEEN</b>	35
<b>ASPECTS ECONOMIQUES D'UNE ASSURANCE DEPENDANCE EN BELGIQUE</b>	69
<b>ASSURANCE DEPENDANCE EN BELGIQUE : REFLEXIONS D'UN ECONOMISTE</b>	93
<b>DISCUSSION SUR L'INTRODUCTION D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE DANS L'UE</b>	113

# L'INDISPENSABLE REORIENTATION DE L'ASSURANCE-INDEPENDANCE FLAMANDE

**PAR BEA CANTILLON**

Professeur à l'Université d'Anvers et Directeur du Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck

Avec l'assurance-dépendance, l'architecture flamande des soins s'est enrichie d'un instrument de grande valeur. Ce nouvel outil n'a toutefois pas encore la stabilité qui lui est nécessaire. Trois questions sont en jeu : la base financière, vu la forte hausse prévue des besoins de soins ; l'efficacité, vu la variation des besoins et l'ancrage de l'assurance-dépendance dans l'arsenal juridique européen.

Le présent article aborde chacun de ces aspects et formule une proposition de réforme.

## **1. LA SECURITE SOCIALE ET LES SOINS : 'NOUVEAU RISQUE SOCIAL'**

La sécurité sociale d'après-guerre est bâtie sur l'hypothèse qu'il reste suffisamment d'hommes actifs pour financer les pensions de retraite et suffisamment de femmes au foyer pour assumer, sans la moindre rémunération, les soins aux enfants et aux personnes âgées. Actuellement, cette double hypothèse est dépassée. C'est pour cette raison que les 'soins' sont devenus un nouveau risque social insuffisamment couvert par la sécurité sociale (voir e.a. Cantillon, 2003a).

L'émancipation des femmes, l'individualisation et les développements démographiques ont engendré un accroissement disproportionné du besoin de soins (pour les enfants et les personnes âgées). Par ailleurs, les formes de soins se sont également fort diversifiées : accueil collectif et soins (informels en formels) à domicile. Cette évolution est commandée par un désir accru de préservation de son autonomie et cadre avec les préférences individuelles tant des 'soignants' que des 'soignés'. Le travail de soins a par ailleurs acquis un prix : à la suite de la sécularisation et de l'émancipation des femmes, les soins auparavant informels (gratuits) ont progressive-



ment investi le marché privé et public de la fourniture de soins (1). S'y oppose le constat que le travail de soins 'non rémunéré', informel et 'gris' est surtout effectué par des femmes faiblement scolarisées, soit en tant que femmes au foyer chez elles, soit comme 'soignantes' dans les zones noire ou grise du marché du travail.

Traditionnellement, le risque des soins est pris en charge par la sécurité sociale via des allocations dites 'de soutien de famille'. Les droits dérivés en matière de pensions, d'allocations familiales, et des soins de santé offrent une protection aux membres de la famille (généralement féminins) qui, n'effectuant pas un travail rémunéré, n'ont, par conséquent, pas pu s'ouvrir des droits de sécurité sociale propres. Les allocations familiales ont été introduites pour remédier à l'insuffisance du seul revenu du travail, en ce qui concerne les soins à dispenser aux enfants. Par la modulation des revenus de remplacement, l'on s'efforce d'obtenir une protection (plus) efficace pour les familles à un seul revenu. Outre la sécurité sociale qui opère comme soutien pour les soins informels dans un cadre familial, il existe également depuis très longtemps des formes d'accueil collectives (résidentielles) où sont soignées les personnes âgées.

Du fait de l'augmentation et de la diversification du besoin de soins, de la hausse des coûts (directs en indirects) des tâches dévolues aux soins (formel et informel), de l'émancipation des femmes et de la déstabilisation des ménages, le rapport entre le traditionnel soutien de sécurité sociale et les 'soins' est devenu problématique de quatre points de vue.

Primo, la traditionnelle protection de sécurité sociale est souvent trop faible pour compenser les charges croissantes de soins qui pèsent sur les individus et les ménages. L'augmentation du prix du travail de soins, a rendu insuffisantes la protection traditionnelle. Outre les coûts 'directs' des soins, il faut désormais également ajouter les coûts dits 'indirects', consécutifs à la suppression ou la diminution du revenu du travail de la personne soignante. Si à cela, on ajoute le cadre d'un ménage traditionnel, les droits dérivés se révèlent en plus, peu généreux : en effet, les carrières familiales fragmentées augmentent les probabilités de passer entre les mailles du filet protecteur.

Secundo, la sécurité sociale financée par les cotisations sociales augmente le coût dans le secteur des soins formels. Parce que la sécurité sociale est en grande partie financée par les cotisations qui reposent sur le facteur travail, elle majore le coût du

---

(1) Il est également plausible que la révolution technologique exerce un effet à la hausse sur le prix relatif des travaux de soins et de services. Au fur et à mesure qu'une économie applique des techniques toujours plus pointues, se creuse sans cesse plus profond le fossé entre la productivité des secteurs qui parviennent à tirer profit de cette évolution et la productivité des secteurs qui ne le peuvent pas. Simultanément, les salaires augmentent à peu près aussi rapidement dans les différents secteurs. Dans les secteurs présentant des hausses de productivité réduites, comme le travail de soins et de services, les augmentations salariales ne peuvent alors être compensées que par des augmentations de prix. Ceci a pour résultat que ces services ne cessent de devenir plus onéreux.

domaine des soins de faible productivité. Pour répondre à cela, un grand nombre de statuts ad hoc ont été récemment prévus. Afin d'adoucir la hausse de la charge salariale des soignants dans les circuits de soins formels, d'importantes réductions de charges ont été accordées (voir e.a. le Maribel social). Nous pensons également au statut spécifique des mères d'accueil dont le travail est en partie exonéré de cotisations sociales, au statut des employés de maison, au système de l'ALE et, dernièrement, aux chèques-services. Ces statuts connaissent un succès variable, ne sont pas cohérents et causent souvent des effets pervers (p. ex. les ALE augmentent les pièges à l'emploi et les mères d'accueil ne s'ouvrent pas des droits de sécurité sociale complets).

Tertio, les instruments traditionnels de sécurité sociale sont également utilisés de manière implicite (et inappropriée) pour compenser le risque « soins » : souvent, les allocations de chômage sont le complément indispensable au revenu « monosalarial » avec charge de soins. Par ailleurs, il n'est pas rare que l'allocation de garantie du revenu pour les chômeurs involontaires à temps partiel constitue une intervention financière dans les charges de soins. Ces modes de protection impliquent une utilisation impropre des allocations et pèsent par conséquent sur la légitimité des régimes.

Quarto, un rapport peu transparent est né entre protection 'en espèces' et protection 'en nature'. La mission centrale de la sécurité sociale consiste à prévoir un remplacement et un soutien du revenu pour le cas où se produirait un risque social, plus précisément un risque « soins ». Cependant, l'expansion du risque « soins » a par ailleurs également fait naître la nécessité de développer des services de soins de substitution à la famille. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées, la question reste posée de savoir quel soutien public est le plus souhaitable : un soutien du revenu, par exemple par une assurance-soins et/ou un système de fournitures de prestations de services.

Les soins apparaissent toujours plus comme un 'nouveau risque social', insuffisamment couvert dans le système de protection sociale. Lors de la conception d'un mode de couverture cohérent, trois éléments sont en cause. En premier lieu, il y a la question de la viabilité financière. Quant à l'impact du vieillissement sur le coût des soins de santé, les avis sont partagés. Selon certains, le vieillissement a pour conséquence que le nombre d'années en mauvaise santé augmente plus rapidement que le nombre d'années en bonne santé. D'autres estiment que les années de vie en bonne santé et en mauvaise santé s'équilibreront, parce que, dans les générations montantes, les aînés auront été mieux scolarisés, auront travaillé moins et dans de meilleures conditions de travail, auront fait plus de prévention et auront connu de meilleurs traitements médicaux que leurs prédécesseurs. Une chose est sûre : il y aura d'importants glissements au sein du paquet global des soins de santé et les coûts liés à la dépendance aux soins augmenteront rapidement et de manière impor-

tante. Par exemple, une étude de micro-simulation, financée par la Commission européenne, prévoit que les dépenses pour les soins de longue durée ('long-term-care') doubleront d'ici à 2050 en Allemagne, en Italie, en Espagne et au R-U.

En deuxième lieu, il y a la difficile question de la délimitation des activités de soins pour lesquelles la collectivité doit assumer (du moins partiellement) les charges. Il s'agit ici de la question de savoir si, outre le travail hétéronome (la personne aidante pour les personnes âgées), le travail autonome (la fille qui soigne son père) entre en ligne de compte pour une rémunération en espèces.

Le troisième élément a trait à la question de savoir si les autorités doivent mettre en scène un modèle de soins commandé par l'offre, voire par la demande. Dans le premier modèle, les services sont subventionnés par les gouvernements ; dans l'autre, les personnes nécessitant des soins perçoivent une allocation avec laquelle elles peuvent acheter des services sur le marché des prestations de soins publiques et privées, formelles et informelles. Chacune de ces questions politiques a reçu une réponse implicite, fût-elle parfois insatisfaisante, avec la mise en forme de l'assurance-dépendance flamande.

## **2. L'ASSURANCE-DEPENDANCE DANS L'ARCHITECTURE DES SOINS EN BELGIQUE ET EN FLANDRE**

Pour couvrir les soins aux personnes âgées en tant que nouveau risque social, nous disposons de 4 modèles politiques : l'offre de prestations de services, l'aide sociale, l'assurance et l'aide accordée aux dispensateurs de soins informels. Dans l'architecture des soins flamande, tous ces modèles sont présents : il existe une offre large (fût-elle encore insuffisante) d'infrastructures de soins, s'étendant des soins à domicile aux soins extra-muraux, semi-muraux et trans-muraux. Le modèle de l'aide sociale est utilisé dans le système de l'Aide aux personnes âgées et dans les interventions des CPAS dans les frais des soins intra-muraux. Depuis peu, avec la nouvelle assurance-dépendance, la Flandre dispose aussi de l'instrument d'assurance visant à compenser le coût des soins : indépendamment de leurs moyens d'existence, tous les assurés frappés par un risque de soins 'reconnu' peuvent obtenir une allocation couvrant les frais. Le crédit-temps, enfin, offre - dans le cadre de la sécurité sociale générale - une allocation de remplacement des revenus aux dispensateurs de soins informels.

Le crédit-temps (en tant que successeur des allocations pour interruption de carrière qui ont vu le jour dans le courant des années '80), les chèques-services et l'assurance-dépendance flamande sont les nouveaux venus au sein de l'architecture des soins flamande. Pour procéder à une évaluation de ces systèmes, il est encore un peu trop tôt. Une chose est sûre : l'assurance-dépendance flamande a donné naissance à un canal de financement structurel supplémentaire. Actuellement, des allocations de 90 à 120 € sont accordées en Flandre à plus de 100.000 personnes ayant besoin de soins. Bien que le coût effectif des soins soit nettement plus élevé dans un grand nombre de cas, il ne s'agit pas de montants négligeables ; comparez-les, par

exemple, avec le niveau des allocations familiales. L'assurance-dépendance a, par ailleurs, la plus-value intrinsèque d'avoir sorti le risque des soins (du moins en partie) de la sphère de l'aide sociale.

Toutefois, il est évident que la jeune assurance-dépendance est encore loin de s'être définitivement cristallisée. L'objectif de l'assurance-dépendance est de garantir à tous les individus ayant besoin de soins en Flandre des services financièrement accessibles et de qualité. Il existe cependant de bonnes raisons de croire que la forme actuelle de l'assurance-dépendance flamande n'est ni financièrement sûre, ni socialement efficace. Ici se trouve d'ailleurs la cause du caractère fortement labile de la réglementation depuis que cette assurance existe (pour un aperçu des modifications importantes, nous renvoyons entre autres à Vansteenkiste dans le présent numéro).

Dans l'assurance-dépendance flamande, on a opté pour un système d'allocations forfaitaires. Cela signifie que l'on a implicitement choisi de prendre également en considération le travail autonome (du familial qui prodigue les soins) pour les interventions. Bien qu'il existe de très bons arguments pour ces choix (voir p.ex. Cantillon, 2003b), ceci a naturellement une incidence importante sur le coût (voir les articles de Jousten et de Ruz Torres dans le présent numéro).

Face à une forte augmentation escomptée des coûts, on ne trouve qu'un concept de financement peu sûr. La trame de base de l'assurance-dépendance flamande s'inscrit dans le modèle Beveridgien de sécurité sociale : des cotisations forfaitaires à payer par tous et des allocations forfaitaires. L'histoire, précisément de la sécurité sociale anglaise nous a appris que ce modèle ne peut fonctionner. Le motif en est très simple : si l'on veut avoir une assurance à laquelle tout le monde peut participer, les cotisations forfaitaires doivent être maintenues fort basses. Par conséquent, les recettes pour le régime restent limitées et ne peuvent jamais aboutir à une protection sociale digne de ce nom.

Par ailleurs, la répartition aveugle des allocations forfaitaires (tenant exclusivement compte du degré des soins nécessaires) n'est pas très efficace : ne tenant pas compte du type de soins et donc du coût des soins à acheter (ce qui peut différer fortement d'un cas à l'autre), il n'y a pas non plus la moindre forme de contrôle de la qualité sur les soins achetés et le gouvernement ne dispose d'aucun mécanisme de commande sur le marché de la prestation de soins. Pour ces raisons, il n'est pas invraisemblable que, dans un proche avenir, l'assurance-dépendance flamande ne doive (une fois encore) être révisée, tant du côté du financement que du côté des soins dispensés.

### 3. L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE ENTRE LA BELGIQUE ET L'EUROPE

On le sait, l'assurance-dépendance flamande est parfois considérée depuis la Wallonie avec beaucoup de méfiance. Cette méfiance est implicite (et parfois aussi explicite) dans les articles de Ruz Torres et de Joustén. On relève d'abord des doutes, de nature juridique sur la compétence de la Flandre en cette matière. Deux points de vue sont défendus à ce propos : premièrement, l'assurance-dépendance couvre un risque lié à la personne et relève, par conséquent, de la sphère de la compétence flamande, et, deuxièmement - compte tenu du financement par des cotisations et du paiement d'une cotisation comme condition pour l'obtention d'allocations - elle doit être considérée comme une partie de la sécurité sociale pour laquelle seules ont compétence les autorités fédérales. Le différend a été réglé en faveur du premier argument. Tant le Conseil d'Etat que la Cour d'arbitrage ont jugé que les Communautés étaient compétentes pour organiser une assurance-dépendance puisque l'aide aux personnes est de leur ressort. En Wallonie, cependant, la crainte persiste que l'assurance-dépendance flamande non seulement ne soit le début, de fait, d'une branche de la sécurité sociale flamande mais, qu'en outre, avec l'assurance-dépendance flamande ne s'ouvre un canal de financement susceptible de soustraire des moyens à la sécurité sociale fédérale, ce qui pourrait également être à l'origine d'une scission rampante de la sécurité sociale.

Pour l'Europe, l'assurance-dépendance fait partie de la sécurité sociale. Par conséquent, elle est soumise au Règlement 1408 selon lequel, d'une part, toutes les assurances sociales doivent être ouvertes à quiconque travaille en Flandre (et pas uniquement à ceux qui y habitent comme aujourd'hui) et, d'autre part, les assurances sociales ne peuvent être imposées à ceux qui travaillent à l'étranger (comme c'est actuellement bien le cas pour les Flamands qui travaillent à l'étranger). L'assurance flamande utilise le critère de 'résidence' ou 'domicile' : pour ceux qui habitent en Région flamande, l'assurance-dépendance est une assurance obligatoire, indépendamment de l'endroit où l'on travaille (voir à ce propos, la description circonstanciée dans l'article de Vansteenkiste dans ce numéro). C'est, notamment, pour cette raison que l'assurance-dépendance flamande a été prise en défaut par la Commission européenne.

Ce problème peut être théoriquement résolu par la simple suppression de l'élément le plus faible au regard de l'Europe, dans l'assurance-dépendance flamande, à savoir l'exclusion des ressortissants de l'UE qui travaillent en Flandre et l'inclusion des Flamands qui travaillent à l'étranger (voir pour une argumentation circonstanciée, l'article de Vansteenkiste dans ce numéro). Récemment, l'assurance-dépendance a été révisée dans ce sens, elle sera imposée obligatoirement à tous les ressortissants européens qui travaillent en Flandre (à l'exclusion des habitants des Communautés française et germanophone) et, inversement, l'assurance ne sera pas imposée à des habitants de Flandre qui travaillent à l'étranger (à l'exclusion des Flamands qui résident en Communautés française et germanophone). En clair, cela peut s'énoncer comme suit : les Hollandais, les Français, les Allemands et les habitants de tous les

autres Etats membres seront obligatoirement couverts par l'assurance-dépendance flamande pour autant qu'ils travaillent en Flandre. Ce ne sera pas le cas pour les Wallons et les habitants de la Communauté germanophone qui travaillent en Flandre. L'argument utilisé pour expliquer ce traitement différent des Wallons et des autres habitants de l'UE est que la situation du migrant international qui, au départ d'un autre Etat membre, vient travailler en Flandre n'est pas comparable à celle d'un 'migrant' intrarégional qui vient travailler en Flandre au départ de la Wallonie ou de Bruxelles.

Ce point de vue qui est entre autres défendu par Vansteenkiste dans ce numéro soulève cependant la question de savoir si le fait de s'en tenir au 'critère du domicile' pour les citoyens belges et de l'application du 'principe du pays de travail' pour les habitants d'autres Etats membres, ne crée pas du même coup un problème de droit interne belge.

Le raisonnement de la réglementation européenne repose, en effet, sur la réalisation d'une union économique dans laquelle la libre circulation des marchandises, des services, du capital et des personnes doit être garantie. Ce raisonnement est applicable a fortiori à l'intérieur de la Belgique, qui en soi est également une union économique. Cela signifie que ce qui est accepté sur le plan du droit européen à propos de l'assurance-dépendance est également applicable sur le plan du droit interne. C'est pourquoi il me semble difficile de justifier sur le plan du contenu (et peut-être aussi sur le plan juridique) que les règles qui s'appliquent aux étrangers qui travaillent en Flandre ne valent pas pour les Wallons et les habitants de la Communauté germanophone. La réglementation européenne vise à "réaliser une allocation optimale de l'offre et de la demande à l'intérieur du marché communautaire par une mobilité totale des agents économiques". Aussi, si le trafic transfrontalier est entravé parce que, dans ce cas précis, l'assurance-dépendance flamande concerne uniquement les personnes qui habitent en Flandre et non celles qui travaillent en Flandre (parce qu'elle s'applique, à ceux qui habitent en Flandre mais travaillent à l'étranger) c'est, a fortiori, le cas pour le trafic trans-régional et donc aussi pour l'Union économique belge.

En outre, la question se pose aussi de savoir s'il était opportun de réaliser actuellement des adaptations à l'assurance-dépendance flamande sans poser préalablement la question de sa viabilité financière et de son efficacité sociale dans le futur. Ce questionnement extra-juridique doit contribuer à infléchir la formulation d'une réponse à la prise en défaut, d'autant plus que l'assurance-dépendance flamande (sûrement après la modification proposée) est, en soi, ambivalente (combinaison des principes du pays de travail et du pays de résidence et combinaison de systèmes d'allocations et de fourniture de prestations). Actuellement, il n'est par conséquent pas clair de savoir comment, à terme, le système sera incorporé au processus européen d'intégration.

#### **4. L'INDISPENSABLE REORIENTATION DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE : UNE PROPOSITION DE REFORME**

---

L'objectif de l'assurance-dépendance est de garantir à toutes les personnes ayant besoin de soins en Flandre des services financièrement accessibles et de qualité. Certaines raisons permettent de supposer que la forme actuelle de l'assurance-dépendance flamande n'est ni financièrement sûre ni socialement efficace (d'où le caractère fortement labile de la réglementation depuis sa naissance). Par ailleurs, la réglementation européenne rend également obligatoire une réforme de l'assurance-dépendance.

Une piste, au moins, devrait faire l'objet d'un examen ultérieur, à savoir la réforme de l'assurance-dépendance flamande au sens d'un système de fourniture de prestations (ce qu'elle était à l'origine). Dans un tel système, l'assurance-dépendance flamande compenserait les frais qu'encourent les personnes ayant besoin de soins lorsqu'elles recourent à des services - agréés par les autorités flamandes - qui peuvent d'ailleurs également être des membres de la famille. Ceci pourrait se faire à l'aide de chèques de soins. Cette assurance de compensation des coûts pourrait alors être financée par des cotisations qui seraient fonction des revenus.

Par rapport à ce qui existe, ce système offre différents avantages :

- il est plus efficace (parce que couplé aux frais réellement consentis à des prestations de services qui reçoivent un label de qualité de l'administration) ;
- il est financièrement sûr (parce que des cotisations supérieures peuvent être demandées aux revenus plus élevés) ;
- il présente un ancrage flamand clair (car le remboursement dépend du recours à des services et dispositifs agréés par l'administration flamande, qui peuvent éventuellement être aussi des soignants membres de la famille) ;
- compte tenu de ce qui précède, l'application du Règlement 1408 en matière d'un système de fourniture de prestations est sans doute plus cohérente avec un système de protection qui ne couvre pas la totalité du territoire.

*(Traduction)*

---

## BLIOGRAPHIE

---

Cantillon, B., *De welvaartsstaat in de kering*, Kapellen, Pelckmans, 1999, 317 p.

Cantillon, B., Nieuwe sociale kwesties en de toekomst van de zorgzame en solidaire samenleving. Een voorzichtig optimistische conclusie in Cantillon, B., Elchardus, M., Pestieau, P., Van Parijs, Ph. e.a. (eds.), *De nieuwe sociale kwesties*, Anvers/Apeldoorn, Garant, 2003a, pp. 209-232.

Cantillon, B., Deconstructie en reconstructie van zorgarbeid, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 19<sup>ème</sup> année, 1, 2003b, p. 67-68.

Jousten, A., *Assurance-dépendance en Belgique : réflexions d'un économiste*, s.d.

Pacolet, J., *Hoofdstuk 6: Discussie over de introductie van een zorgverzekering*, s.d.

Ruz Torres, R., *Aspects économiques d'une assurance-dépendance en Belgique francophone et germanophone*, s.d.

Vansteenkiste, S., *Vlaamse, Belgische en Europese sociale zekerheid. Juridische aspecten van de Vlaamse zorgverzekering, naar Belgisch en Europees recht*, s.d.

Vlaams Zorgfonds, *Het Vlaams zorgfonds. Jaarverslag 2001-2002*, Bruxelles, 2003.

---



## TABLE DES MATIERES

### **L'INDISPENSABLE REORIENTATION DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE**

<b>1. LA SECURITE SOCIALE ET LES SOINS : 'NOUVEAU RISQUE SOCIAL'</b>	<b>9</b>
<b>2. L'ASSURANCE-DEPENDANCE DANS L'ARCHITECTURE DES SOINS EN BELGIQUE ET EN FLANDRE</b>	<b>12</b>
<b>3. L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE ENTRE LA BELGIQUE ET L'EUROPE</b>	<b>14</b>
<b>4. L'INDISPENSABLE REORIENTATION DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE : UNE PROPOSITION DE REFORME</b>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>17</b>

# POURQUOI UNE ASSURANCE-DEPENDANCE ?

PAR **JEF BREDA**

Professeur, Université d'Anvers

## 1. LA NATURE DU RISQUE

---

Ce ne sont pas tous les adultes, loin de là, qui sont en mesure d'être tout à fait autonomes dans leur vie quotidienne, du moins, si l'on envisage les fonctions, très fondamentales, suivantes : se prendre en charge (par exemple, se laver soi-même), tenir le ménage (par exemple, cuisiner), régler sa propre administration ou assumer sa mobilité (se déplacer de manière autonome à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile). Lorsqu'une ou plusieurs de ces fonctions de la vie quotidienne sont durablement affectées, il faut parler de perte d'autonomie et donc d'une dépendance aux soins. La perte d'autonomie peut être mesurée de manière standardisée. Aussi, ces constatations sont déjà appliquées depuis belle lurette dans de multiples mesures de sécurité sociale ainsi que dans les régimes sociaux et médicaux de soins visant à attribuer des allocations et des dispositifs de soins. Dès lors, ces activités peuvent être durablement assumées par des tiers sans que ces soins soient nécessairement dispensés dans le cadre de dispositifs ou de services formels.

De nombreuses études mettent en avant qu'outre aux membres du ménage et aux parents, pratiquement toujours présents, il est, en effet, souvent et simultanément fait appel à une offre formelle qui est financée par le secteur public, voire à une offre commerciale. En fait, ainsi voient le jour des circuits de soins où - de manière diversifiée quant au contenu de l'offre - plusieurs instances et acteurs cités se chargent activement d'une partie des soins. Par ailleurs, même chez les personnes qui sont admises dans une institution résidentielle (par exemple, une maison de retraite), l'on constate que la contribution des membres de la famille reste aussi souvent très réelle.

Le risque de dépendance que nous avons esquissé, peut être distingué d'autres risques apparentés ou qui se présentent conjointement : chez les personnes handicapées plus jeunes, par exemple, le risque de dépendance est souvent lié à un développement personnel limité (soutien à l'éducation et à la formation), alors que chez les personnes handicapées adultes, le risque est lié au fait qu'elles ne peuvent acquérir, voire d'une manière insuffisante, un revenu propre par le biais d'un travail

rémunéré. A cela s'ajoute, naturellement, et sûrement dans cette population, le risque très probable de traitements médicaux et la possibilité de coûts catastrophiquement élevé.

Dès lors, le risque social de dépendance est conceptuellement délimité aux risques que sont : le manque de revenu, un développement personnel insuffisant et des coûts médicaux élevés.

## **2. QUELLE EST L'IMPORTANCE DU GROUPE DES PERSONNES DEPENDANTES DES SOINS ?**

---

Sur le plan de la politique à suivre, la délimitation du groupe de personnes présentant une dépendance, sérieuse et de longue durée, aux soins peut s'effectuer selon trois niveaux distincts.

En premier lieu, pour circonscrire ce groupe, l'on peut partir de l'une ou l'autre constatation objectivée de la nécessité ou du besoin de soins individuels. On peut, également, déterminer la catégorie des personnes dépendantes des soins par rapport aux types de soins demandés par elles-mêmes à l'une ou l'autre instance dispensatrice de soins. Et enfin, cette catégorie peut aussi être définie en tenant compte de l'utilisation, de fait, des formes formelles de soins dispensés.

L'objectivation du besoin de soins, à l'aide d'instruments de mesure scientifiques est influencée pour une large part par Katz qui, en 1963, a regroupé les activités de la vie quotidienne en une échelle ADL (Activités de la vie quotidienne - Activities of Daily Living). Cette échelle comporte six items qui indiquent, selon un degré croissant, le degré de difficulté qu'éprouvent les individus à accomplir leurs soins personnels. Un peu plus tard, sont aussi apparues les mesures IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne, qui se rapportent à l'autonomie acquise dans la réalisation des tâches de la vie courante). Dès lors, on a pu observer que ces deux formes de mesures sont dans le prolongement l'une de l'autre et qu'elles constituent ensemble une seule échelle à haute valeur technique.

Les études scientifiques ne se sont cependant pas satisfaites de ces seuls instruments de mesure. En effet, très vite ont été développés d'autres instruments poursuivant des mesures plus spécifiques (par exemple, axées sur les compétences sociales, sur les aspects de communication, sur les états dépressifs). Aussi, en peu de temps, l'on a été confronté à une grande variété d'échelles qui, toutes, sont cependant de l'une ou l'autre manière dérivées de l'échelle initiale de Katz.

Cette diversité a toutefois pour conséquence que les mesures sont loin d'être toujours comparables entre elles et que, ne fût-ce que pour cette raison, les estimations relatives aux personnes dépendantes des soins divergent fortement. Vu le succès des mesures basées sur Katz, cet instrument s'est, en fin de compte, également implanté dans la pratique administrative. Non seulement, les échelles furent utilisées dans la prestation de soins même, mais encore des versions divergentes de ces instruments de mesure ont été appliquées aux critères d'octroi des allocations, critères à l'aide desquels des prestations de services et des allocations sont allouées.

Sur le plan international, des tentatives ont vu le jour en vue de concevoir des échelles intégrées dans lesquelles étaient abordés divers domaines. Ces échelles peuvent néanmoins être utilisées dans des études d'ensemble de grande envergure. C'est notamment ainsi qu'est née l'échelle dite OMS dont l'utilisation, peu à peu, se généralise dans plusieurs pays et qui apparaît de plus en plus souvent dans diverses publications.

Dans l'Enquête belge sur la santé de 2001, la dépendance aux soins est mesurée à l'aide de l'échelle OMS susmentionnée. On a demandé aux répondants si – pour une dizaine de fonctions ADL – ils pouvaient encore effectuer eux-mêmes ces activités, s'ils éprouvaient quelque difficulté à le faire ou s'ils n'y parvenaient qu'à très grande peine. Les résultats, calculés en fonction de l'âge et du sexe pour les Belges qui vivent dans leur propre logement sont restitués dans le tableau ci-dessous.

**TABLEAU 1:** LIMITATIONS FONCTIONNELLES DURABLES EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE, BELGIQUE, %

		Catégorie d'âge						
		15-24	25-54	55-64	65-74	75-84	85+	Total
<b>Hommes</b>	Autonomie	96,3	89,6	73,6	57,3	45,3	20,4	82,2
	Perte modérée d'autonomie	3,1	7,9	21,4	29,2	35,3	27,1	12,6
	Perte d'autonomie grave	0,6	2,6	5,0	13,5	19,4	52,4	5,2
<b>Femmes</b>	Autonomie	95,3	87,1	70,4	58,6	32,6	14,1	76,3
	Perte modérée d'autonomie	3,3	9,8	20,5	25,3	40,9	24,1	15,0
	Perte d'autonomie grave	1,4	3,1	9,1	16,0	26,4	61,8	8,7
<b>Total</b>	Autonomie	95,8	88,3	72,0	58,0	37,4	15,9	79,2
	Perte modérée d'autonomie	3,2	8,8	20,9	27,1	38,8	25,0	13,8
	Perte d'autonomie grave	1,0	2,9	7,1	14,9	23,8	59,1	7,0

Calculé à l'aide du score réalisé pour dix fonctions (locomotion, entrer / sortir du lit, s'asseoir / se lever du fauteuil, se dévêtir et se vêtir, se laver les mains et le visage, manger et couper de la nourriture, aller à la toilette, incontinence urinaire, ouïe, vue).

Source : ISP, Enquête sur la santé 2001, calculs propres.

Ces chiffres permettent de voir qu'un nombre élevé de personnes (sept pour cent de quasiment la population totale) font part de grandes gênes dans leur vie quotidienne. Et, par ailleurs, nous constatons que cette situation est largement corrélée à l'âge et, dans une certaine mesure, aussi au sexe. Ces mêmes constats se retrouvent souvent dans les études internationales.

Mais tout dépend bien sûr de l'échelle de mesure utilisée : des items que l'on utilise et de l'endroit où l'on met la césure à partir de laquelle quelqu'un est « gravement » ou « durablement » dépendant. Dans l'hypothèse d'un léger écart dans la formulation des questions, dans le nombre d'activités et quant à la césure appliquée, l'on obtient, également, très vite des chiffres relativement différents.

Une importante étude flamande (LOVO) du 'Centrum voor Bevolking en Gezinsstudies' - (CBGS : Centre d'études sur la population et les ménages), réalisée à peu près à la même époque (2001-2002) et axée, entre autres, sur les besoins de soins des personnes âgées de plus de 55 ans habitant dans leur propre logement - obtient par exemple sur la base d'une diversité d'échelles des chiffres fort divergents (Van den Boer, 2003). En partant de l'échelle de mesure de l'OCDE (encore une autre variante des items ADL), l'étude révèle, pour la dépendance aux soins, à peu près la même image que celle obtenue par l'Enquête sur la santé : tant en ce qui concerne la hauteur absolue que la corrélation avec l'âge et la différence entre hommes et femmes. Toutefois, lorsque l'étude utilise uniquement l'échelle (à peu près) originale de Katz, le résultat est tout différent : c'est à peine s'il y a encore une différence entre hommes et femmes, le lien avec l'âge reste très fort, mais les pourcentages obtenus ont diminué de manière drastique dans toutes les classes d'âge ; dans la catégorie la plus jeune (55 à 59 ans), l'on compte moins d'un pour cent de personnes gravement dépendantes, et dans le groupe le plus âgé (85 ans et plus), l'on note 'à peine' 11,1 pour cent pour les hommes et 12,2 pour cent pour les femmes, de perte grave d'autonomie.

Les divergences entre ces diverses mesures de la même enquête LOVO sont donc extrêmes : seule la corrélation avec l'âge reste conservée, le reste du modèle est fortement modifié.

Nous pouvons en conclure que les estimations relatives à l'étendue des besoins de soins sont fortement influencées par les instruments de mesure auxquels on recourt dans les études : si l'on procède à la mesure de plusieurs domaines, l'on obtient également des nombres plus élevés et de plus grandes différences entre hommes et femmes (parce qu'ici interviennent des différences culturelles). Et lorsque l'on assouplit la césure, nous obtenons également un plus grand nombre de personnes éprouvant des pertes d'autonomie.

La diversité des échelles de mesure a bien entendu sa raison scientifique. En se focalisant sur d'autres domaines, en modifiant les césures et en adaptant les modes de mesure, l'on dépiste d'autres situations et d'autres comportements.

Dans la perspective d'une politique à suivre, les préoccupations suivantes dominent naturellement toujours, à savoir : la rareté des moyens à affecter et la fréquente formulation, à titre temporaire ou non, de l'une ou l'autre priorité. C'est pourquoi les domaines et la césure sont aussi déterminants dans les instruments de mesure qu'utilisent les administrations, parce qu'elles ont une conséquence directe sur l'étendue des 'bénéficiaires'. Un grand nombre d'instruments politiques sont par ailleurs conçus pour ordonner une forme spécifique de soins et visent en cela une situation, un domaine ou un comportement spécifiques. Pour ce motif, recourir à un seul instrument de mesure pour tous les objectifs n'offre que des résultats très grossiers, y compris pour les décideurs politiques. En fonction des objectifs politiques, l'on opéra alors pour l'une ou l'autre version de l'échelle. Pour cette raison, il n'y a pas de transfert direct possible entre les données scientifiques, épidémiologiques et la politique, sans même parler de la pratique d'exécution. Néanmoins, si les dirigeants politiques choisissent d'opter pour le besoin de soins comme critère d'allocation de prestations ou de services, ils ne pourront échapper à la nécessité de dénicher quelque part un instrument valable et de choisir un point de césure.

Les chiffres de l'Enquête sur la santé 2001 peuvent, par exemple, jouer la fonction de limite supérieure pour l'estimation de l'étendue de la population pour laquelle l'on veut formuler des plans, les données sur la base de l'échelle originale de Katz étant en quelque sorte la limite inférieure.

Du point de vue de la politique à suivre, l'on peut également délimiter une catégorie en prenant en considération la demande de soins que les intéressés ont présentée à l'un ou l'autre dispositif de soins. En effet, toutes les demandes de soins (estimées légitimes) ne sont pas satisfaites directement : les gens doivent attendre, reçoivent nettement moins que ce dont ils ont besoin, reçoivent un substitut ou laissent rapidement tomber la prestation de services parce que, par exemple, ils sont mécontents des soins fournis. Entre-temps, toutefois, une décision a été prise à l'aide d'une échelle, à nouveau différente - un instrument indicatif axé sur la mise en concordance entre la demande de soins et l'une ou l'autre forme de soins formels - par une instance autorisée qui confirme l'existence d'un besoin légitime auquel il conviendrait de répondre d'une manière spécifiée. Pour que cette situation puisse devenir le point de départ de la politique à mener, il convient de disposer d'un bon enregistrement central de toutes les demandes de soins. Dans quelques domaines, c'est déjà actuellement le cas (par exemple dans les soins flamands aux handicapés où chaque demandeur passe d'abord par un screening et reçoit ensuite, le cas échéant, une 'preuve d'accès', sans nécessairement pouvoir y accéder immédiatement), mais dans la plupart des domaines de soins, les choses n'en sont pas encore là.

La troisième manière de délimiter la dépendance aux soins, sur le plan de la politique à suivre consiste à l'assimiler à l'usage effectif de l'une ou l'autre forme de soins. Il ressort d'études belges et étrangères sur l'utilisation sociale des soins chez les personnes âgées, que, par exemple, quasiment toutes les personnes fortement dépendantes des soins (quelle que soit leur description ou l'objectivation) recourent effectivement à l'une ou l'autre forme de soins formels, par ailleurs conjointement à

quelques formes de soins médicaux. Dès lors, la grande majorité de ces personnes pourraient être cernées via cette voie. Néanmoins, l'exécution de cette mesure ne s'avérera pas aisée, et ce, pour plusieurs raisons : il existe de nombreuses formes de soins, chacune avec ses propres conditions d'accès et sa propre capacité de disponibilité, son règlement et sa gestion à des niveaux différents (local, régional, national) et l'absence d'instance qui enregistre de manière centrale les informations sur l'utilisation. Et surtout, dans une même situation de besoin, il s'avère que l'utilisation des soins peut être très divergente : par exemple, il ressort de diverses études (Breda, 1995, Lovo, 2003) qu'au moins la moitié des personnes âgées les moins autonomes est soignée à domicile et qu'une minorité fait usage d'un lit dans une MRS. Dès lors, on ne peut sûrement pas déduire de l'utilisation des soins, l'état d'autonomie ou la dépendance aux soins.

Si l'on en vient à lier les allocations aux types de soins reçus (et aux coûts qui en découlent), le signal émis en direction des personnes intéressées est tout à fait différent que si l'on reconnaît directement la dépendance aux soins. Dans un cas, l'on reconnaît des besoins (in)égaux, dans l'autre, l'usage différentiel (et la variable des coûts à supporter soi-même de ceux-ci).

Le choix d'une des trois délimitations esquissées - nécessité et besoin, demande et usage de soins - implique naturellement la naissance d'effets et de conséquences distincts.

Les allocations basées exclusivement sur le critère de nécessité en soi, laissent à l'intéressé un plus grand nombre de choix et, de ce fait, une utilisation potentiellement plus large des montants perçus personnellement. Les transferts sur la base d'une utilisation effective des soins dispensés par des dispositifs 'agrés' soutiennent à leur tour l'offre de soins formels. Si cette offre est cependant trop limitée par rapport à l'ensemble de la demande de soins, le choix politique d'un critère d'utilisation des soins implique qu'un rationnement implicite soit incorporé à la politique suivie. Par contre, opter pour le critère de nécessité c'est choisir une politique du tous 'pareils' et le recours à ces moyens dans les circuits de soins formel, commercial ou informel (et/ou en combinaison). Le critère de l'utilisation des soins formels a généralement pour effet de rendre la politique plus maîtrisable des points de vue financier/ budgétaire : il n'est pas possible de financer plus que l'offre présente. Opter pour le critère politique de 'nécessité' crée incontestablement un effet d'aspiration : (quasiment) tous les intéressés introduiront une demande pour obtenir des allocations personnelles et le budget gouvernemental spécifique peut difficilement présenter une autre forme qu'ouverte.

La catégorie politique 'demande de soins' se rapproche tantôt du critère des besoins, tantôt du critère d'utilisation des soins, raison pour laquelle nous ne nous y attardons pas.

Les options politiques proposées n'exigent pas seulement un développement technique propre et une exécution administrative tenant compte de toutes les implications possibles. Par ailleurs, ces choix ont d'importantes conséquences pour les intéressés directs, les instances prestataires de services et le gouvernement comme financier et régulateur. Il y a cependant plus : au fond, il semble que si l'on procède à un examen factuel, il est possible de distinguer deux concepts politiques distincts : à savoir, un choix où soit les 'soins' ('care'), la prestation de soins et l'organisation des soins constituent l'élément central, soit l'option 'cash' pour laquelle les éléments centraux sont : la personne dépendante des soins et son entourage.

Ces choix et options politiques doivent naturellement se traduire sur le terrain politique qui compte déjà bien des structurations. La nouvelle mission – introduire une assurance pour le risque « dépendance, de longue durée, aux soins » – doit se greffer sur un champ institutionnel déjà existant en majeure partie : toutes sortes de régimes ont déjà été élaborées en fonction de la population concernée et des instances prestataires de soins. Dans la sécurité sociale fédérale, l'on note, par exemple, un cofinancement des lits dans les institutions résidentielles. Par ailleurs, les personnes âgées gravement atteintes dans leur autonomie perçoivent une allocation liée à leurs revenus. La prestation flamande de service à domicile pour personnes âgées et autres personnes dépendantes des soins connaît un système de cotisations en fonction des revenus. Dans les deux régimes, on trouve donc des éléments qui sont pertinents quant à l'approche de ces risques sociaux.

Reste naturellement qu'un choix politique pouvait et devait s'opérer entre les options 'cash' et 'care', ou un mélange de ces options, choix qui entraîne des conséquences quant à une délimitation méthodique et exécutive de la catégorie, pour ce qui est des instruments à mettre en œuvre, et quant aux moyens à affecter.

### **3. QUELS SONT LES PROBLEMES SOCIAUX A LA BASE ?**

La toile de fond générale est connue ; elle procède naturellement du processus de vieillissement des sociétés occidentales, phénomène qui se poursuivra sur diverses décennies. Cette évolution mènera indiscutablement à la création d'un plus grand nombre d'infrastructures, à un accroissement des dépenses pour les personnes en perte d'autonomie, à des financements nécessairement plus importants et, sans doute, à la conception d'autres flux monétaires, puisque le système des soins ne devra pas seulement s'améliorer du point de vue de l'étendue de l'offre mais également des points de vue de la cohérence et de la performance.

Entre-temps, un certain nombre de problèmes s'annoncent déjà pour les personnes directement concernées : nous sommes déjà confrontés, ci et là, à des listes d'attente dans le domaine des admissions en résidence. Ce n'est pas tout cependant : les membres d'un ménage ou d'une famille assurant des soins à domicile de leurs parents sont facilement surchargés et, de plus, ne sont actuellement pas honorés



financièrement pour ce travail, mais sont ultérieurement défavorisés quand ils ne sont pas couverts ou qu'ils n'ont pu s'ouvrir des droits personnels à pension et à d'autres droits sociaux. La législation sociale prévoit, à vrai dire, quelques premières mesures qui aménagent des formules pour prendre temporairement soin des personnes du ménage ou de la famille sans que ceci ne mine lourdement la carrière professionnelle et la protection sociale, mais ces réglementations devront connaître un développement sensible dans les années à venir.

L'utilisation actuelle des soins sociaux formels coûte encore très cher aux personnes concernées. Dans les situations où les personnes en perte grave d'autonomie sont soignées à domicile, nous avons par exemple constaté que, malgré le système de liaison des cotisations aux revenus, les cotisations personnelles restaient toujours très élevées et présentaient un impact plus lourd que les multiples dépenses médicales que ces personnes doivent également supporter en sus (Breda, 1995). Dans le secteur résidentiel, le coût d'une admission à payer soi-même est très élevé, du moins par rapport aux revenus des intéressés. Il en résulte qu'un très grand nombre de résidents ne sont pas en mesure de payer eux-mêmes (la totalité) du coût de leur séjour et sont obligés, par le biais de l'obligation alimentaire ou non, de s'adresser à leur famille et/ou au C.P.A.S. Les citoyens qui touchent une pension de retraite moyenne deviennent ainsi, à la fin de leur vie, dépendants de l'aide sociale, fait qui, dans une très large mesure, est refusé parce qu'humiliant et ressenti comme étant une mesure d'une autre époque.

Ces problématiques font naître un sentiment d'urgence, sûrement lorsque l'on tient compte de ce qui nous attend avec certitude. L'impression nous gagne que c'est maintenant qu'il faut agir pour être prêts à affronter, dans toute sa largeur, la vague grise, qui nous attend, sur le terrain des soins sociaux tout comme sur d'autres terrains apparentés tels que les pensions de retraite et les soins médicaux. Ces convictions ne cessent d'ailleurs de s'amplifier des deux côtés : tant du côté de l'administration dans son rôle d'ordonnateur et de financier, que de celui des personnes directement intéressées en ce qu'elles considèrent cela comme une attente légitime de la part de notre société.

On comprend aisément que cette multiplicité de problèmes ne peut être résolue par une solution unique : un grand nombre d'éléments des problèmes exigent sans doute une approche taillée sur mesure. Toutefois, parmi les directions dans lesquelles chercher une solution, figurent explicitement les options susmentionnées - de care et/ou de cash.

La perspective 'care' est explicitement indiquée chaque fois qu'il est question du développement ultérieur des infrastructures. Aujourd'hui, les principaux frais de fonctionnement, sûrement lorsqu'il s'agit des soins ambulants tels que les services de soins à domicile et l'aide ménagère (nettoyage), sont payés à l'aide du budget général. La part des cotisations personnelles des clients est relativement limitée. Une option visant à financer désormais la totalité des frais de fonctionnement par le biais

des recettes d'une assurance-dépendance obligatoire constituerait un changement en soi très important et, pour cette raison, elle semble déjà très difficilement réalisable. En effet, la hauteur des moyens nécessaires qui devraient être apportés par la population via ces (nouvelles) cotisations est très élevée, et si ceci venait à constituer LE canal de financement pour ce type de soins, pourquoi les autres dispositifs, par exemple l'aide aux personnes handicapées et la garde des enfants, ne devraient-ils pas être financés par l'intermédiaire de cotisations obligatoires ?

Cette option visant à faire financer la totalité du fonctionnement des soins sociaux par des contributions n'a jamais été prise sérieusement en considération en Flandre, mais bien, par contre, l'option d'examiner de plus près les cotisations personnelles existantes, plus limitées, des utilisateurs afin de les alléger. Pour ce qui est des services ambulatoires il pourrait s'agir quasiment d'une simple adaptation des tarifs actuels liés aux revenus, même si cela coûtera plus d'argent au gouvernement. Un régime pour la prestation de services résidentiels est une tout autre affaire. Chacun est d'accord sur le fait que les frais de logement et de ménage sont à supporter par le client lui-même, comme c'est également le cas ailleurs, par exemple lorsque l'on reçoit des soins à domicile. Aujourd'hui déjà, les surcoûts médicaux sont indemnisés par l'INAMI fédéral. Pour l'aspect des soins sociaux résiduels, s'applique encore actuellement le principe que le client doit tout payer lui-même, dès lors il faudrait aussi concevoir, pour l'usager, la mise en place d'un régime de contributions liées aux revenus. Le gouvernement flamand devrait en sus assumer sa part du financement des soins sociaux résidentiels, par exemple sur une base comparable à ce qui se fait aujourd'hui dans les soins ambulatoires (où environ un quart des dépenses est financé par des contributions des clients, les trois autres quarts provenant du budget général flamand). Ce régime coûterait de l'argent au gouvernement flamand mais aboutirait toutefois à la création d'un régime de cotisations et d'un régime de financement uniformes pour tous les dispositifs de soins sociaux. N'envisagerait-on pas ensuite comme réalisable de faire directement financer ces dépenses gouvernementales supplémentaires par la totalité de la population via une assurance obligatoire ?

La disponibilité évidente d'infrastructures de soins suffisantes et variées deviendrait l'une des conditions sine qua non pour être en mesure de convaincre l'opinion publique, dès lors une impulsion supplémentaire devrait être donnée dans cette direction. Sans quoi, l'on risque de créer une problématique permanente de 'listes d'attente pour les soins'. Sans un canal de financement supplémentaire, cette option – plus d'infrastructures et égalité des contributions personnelles liées aux revenus en cas d'utilisation de tous les services – se révélerait très onéreuse pour le gouvernement. En outre, dans ce cas de figure, il reste toujours le problème de la non-reconnaissance des autres formes de soins : les efforts du ménage et de la famille, les soins que l'on achète dans le circuit commercial.

Une uniformisation du système personnel de contributions en cas d'utilisation de n'importe quelle forme de soins formels pourrait toutefois être dirigée de manière très précise pour résoudre adéquatement ce même problème.

L'option 'cash' pure où des allocations sont accordées à chacun, qu'il utilise ou, précisément, non des soins formels mais qui se trouve néanmoins dans une situation de nécessité, cette option rend possible, précisément, de se montrer large dans la distribution de l'argent et de couvrir ainsi toutes les situations de nécessité. Ceci augmentera précisément l'accueil favorable dans l'opinion publique, parce que l'on voit que les situations identiques mènent à un traitement identique. Un régime considéré comme légitime rendra la contribution financière obligatoire acceptable pour tous et simultanément un tel régime ne coûtera pas un centime supplémentaire au gouvernement : les contributions de la totalité de la population peuvent et doivent suffire à l'exécution des opérations de cash. Il est manifeste que, dans ce cas de figure, "quelque chose" est entrepris pour remédier au problème, même si la « justesse de tir » de cette mesure est sans doute moins grande qu'une contribution personnelle uniforme préalablement bien étudiée en cas de consommation de soins formels (la formule 'care') telle que nous l'avons esquissée ci-dessus. La formule 'cash' peut, par ailleurs, être introduite en plus des nombreux régimes existants en liaison avec les conditions d'utilisation des soins formels (elle peut naturellement aussi être combinée avec tous types d'autres solutions), ce qui, de nouveau, en augmente la possibilité de se voir concrétiser. Ainsi, la formule présente quelques avantages eu égard au système de soins formels existant et à la situation budgétaire du gouvernement ainsi qu'eu égard à la légitimité auprès de la population. D'autre part, elle n'exclut pas non plus toutes sortes de perspectives à long terme, par exemple, la poursuite de l'intégration dans la/une formule de sécurité sociale, la croissance en direction d'un financement complet de toutes les dépenses pour soins formels et l'affinement de l'efficacité dans la solution des coûts du recours aux soins de quelque nature qu'ils soient.

#### **4. L'ASSURANCE-DEPENDANCE, BON DEPART SUR DEUX POINTS**

Au niveau politique, jamais, il n'a été sérieusement question d'organiser une assurance-dépendance fédérale, ce qui impliquait du même coup que l'on devait se situer en dehors des cadres institutionnels existants de la sécurité sociale (fédérale) et qu'il convenait, dès lors, de créer un nouveau cadre. Nous avons tous conscience qu'il en résulterait pendant quelque temps des discussions institutionnelles (et même constitutionnelles, pour savoir qui pouvait faire quoi dans un pays fédéral) et qu'il y aurait lieu de fonder de nouvelles structures d'exécution (flamandes).

Le choix politique s'est opéré essentiellement en faveur de l'option 'cash'. Les personnes à domicile dans un état de besoin démontrable perçoivent une allocation mensuelle. Dans une phase ultérieure, mais préalablement fixée, l'allocation serait également étendue aux personnes se trouvant en situation de soins résidentiels. Une cotisation forfaitaire obligatoire pour (quasiment) tous les adultes a été introduite, ce qui a donné naissance à un nouveau canal de financement. La cotisation était faible (dix euros par an) mais la décision fut quand même proposée comme si ce nouveau canal de financement allait mener à la constitution d'une réserve centrale d'ici

à ce que le vieillissement sorte pleinement ses effets au cours des prochaines années. Au sein de l'opinion publique, il n'y eut guère, voire qu'infiniment peu, de réactions de refus.

Dans la conception du système, le critère pur du « besoin » n'était toutefois pas très central : la constatation du besoin de la personne en perte d'autonomie s'effectue, à n'en pas douter pour des considérations d'efficacité, à l'aide d'instruments de mesure utilisés pour régler l'accès et/ou le financement des dispositifs de soins. La personne bénéficiaire doit par ailleurs prouver les dépenses consenties pour les soins formels afin de percevoir (le cas échéant, seulement une partie d') une allocation. De plus, le traitement des dossiers s'effectue en majeure partie via des institutions locales existantes qui assument un rôle dans l'organisation des soins formels. Il existait une possibilité de régler les cotisations et les allocations, selon ses préférences personnelles, via des compagnies d'assurances, mais seule une infime minorité de la population a opté pour cette voie. Le régime est donc ancré dans le secteur des soins existant, à ceci près qu'ici ce ne sont pas les acteurs du monde des soins, mais bel et bien les instances de sécurité sociale (les mutualités) et les CPAS qui occupent l'avant-scène.

Au niveau central, un certain nombre de nouvelles institutions ont été instaurées afin d'assumer la gestion du système.

Dans la phase initiale, une partie de l'allocation n'était pas affectée à l'utilisation simple des dispositifs de soins : outre le fait de ne plus tenir compte de la condition d'âge (ce ne sont pas seulement les personnes âgées, mais quasiment toutes les personnes affectées d'une limitation fonctionnelle grave qui entrent en ligne de compte), il était également prévu une allocation spéciale pour le soignant informel, qui ne doit pas être prouvée par des dépenses occasionnées par des soins. Celui-ci, il est vrai au nom de la personne souffrant d'une perte d'autonomie, pouvait bénéficier d'une allocation distincte, basée simplement sur une déclaration, et qui pouvait même être cumulée avec l'allocation du bénéficiaire.

Tant les paiements de cotisations que les demandes et les versements d'allocations obtinrent rapidement beaucoup de succès. La forte adhésion (« take-up ») étonna le monde politique, mais, elle ne pouvait, cependant, pas être qualifiée de « surprise ». Les calculs préliminaires avaient déjà laissé entendre que la demande pouvait atteindre ce niveau de réponse (Breda et Geerts, 2000) et que le scénario du cumul – une allocation tant pour une personne en perte d'autonomie que pour un soignant informel – se présenterait très fréquemment. En effet, les personnes qui nécessitent des soins lourds à domicile, recourent pratiquement toutes à des dispositifs de soins formels et, dans leur état, ne peuvent précisément rester à domicile qu'en présence, également, d'un réseau informel. Par ailleurs, lorsque l'allocation est attribuée sans être soumise à de nombreuses conditions et via l'intervention d'instances qui sont déjà impliquées dans les soins quotidiens, on n'observe que peu de freins chez les membres de la famille.

Le régime menaçait de succomber rapidement sous le poids de ce succès, et des adaptations durent être effectuées peu après son lancement.

Les cotisations furent fortement majorées (à 25 euros par personne par année) sans que ceci n'ait à supporter une critique de l'opinion publique. Dans leur forme et leur structure, les allocations furent plus ou moins réformées et quelque peu réduites. Dans la situation d'un malade à domicile, aucune distinction n'était plus opérée entre une allocation 'ordinaire' et une allocation pour le soignant informel. L'allocation fut limitée à une fois un seul montant, et ceci par ailleurs sans qu'il faille prouver la réalité des dépenses pour les soins. Ceci a permis de contenir la charge administrative et de supprimer la connotation des soins formels mais, pour beaucoup de personnes, les allocations auront sans doute connu une baisse importante. Cette fois, des protestations s'ensuivirent, émanant du monde des soignants informels organisés. Comme prévu, le fonctionnement fut étendu aux usagers de soins résidentiels, et l'unique allocation, plus élevée, octroyée sans détours lorsque la personne réside dans une telle institution. Dès lors, ici, la connotation des soins formels occupe de nouveau une place plus importante. Les décideurs politiques partent manifestement de l'idée que les résidents des maisons de repos doivent faire face à de fortes dépenses pour les soins et que la nécessité des soins (dépendance) y est évidente.

Malgré les cotisations généralement plus élevées et la diminution des allocations dans la situation des soins à domicile, le système n'a pas été confronté à une attaque frontale, mais l'adaptation rapide a plutôt été considérée comme la leçon tirée d'une innovation politique, grâce à l'expérience acquise.

Sur le plan administratif l'introduction de l'assurance-dépendance flamande est passée comme sur des roulettes, par les voies connues des institutions d'exécution qui fonctionnaient déjà dans le système des soins existant et, au niveau central, via les nouvelles institutions qui ont rapidement fonctionné efficacement.

Le succès auprès du groupe cible visé est grand : l'adhésion ("take-up") y est maximale et les montants versés sont malgré tout significatifs, même si, pour un grand nombre de personnes de ce groupe, ils ne suffisent pas à couvrir la totalité des frais. Le degré d'efficacité n'est pas connu, mais il semble difficile à atteindre pour la majorité des bénéficiaires et pour leurs soignants informels.

Très vite, la durabilité s'est avérée rapidement problématique mais cette situation a été énergiquement corrigée avec le soutien tout à la fois de l'opinion publique et du monde politique.

Le nouveau flux financier, élargi après la presté réforme pourrait désormais effectivement mener à la constitution de réserves et même éventuellement faciliter d'autres dépenses.

La situation du système de soins existant semble avoir été renforcée par l'introduction de l'assurance-dépendance flamande parce que les paiements de cotisations et les versements d'allocations ont en majeure partie lieu par leur intermédiaire.

La nouvelle assurance sociale se superpose en réalité, au système de soins existant : du point de vue de son contenu, elle fonctionne parallèlement et représente plutôt un complément et une correction sans remettre en question les points de départ de base du système des soins sociaux. Elle ne résout cependant que de manière limitée les problèmes qui se posent dans ce secteur des soins.

A coup sûr, toutes les personnes affectées de troubles fonctionnels graves entrent en ligne de compte, mais la place du soignant informel a une fois de plus subi une rétrogradation.

Pour ce qui est de l'avenir – et, sur ce terrain, c'est tout à fait significatif – se pose en tout cas également, outre le problème de l'efficacité, la question de la durabilité. L'équilibre financier est susceptible d'être mis en danger surtout si l'on en vient à décider d'affiner, par exemple, les allocations et de les augmenter afin de renforcer ainsi l'efficacité.

Le gouvernement ne peut toutefois se reposer sur ses lauriers, car toutes sortes de questions propres aux soins continuent à se poser, tant au niveau flamand – par exemple, augmenter la capacité des soins à raison de l'accroissement du vieillissement – qu'au niveau fédéral où les questions relatives au contenu des soins doivent être abordées en synergie. A chaque fois, il faudra encore mener une véritable politique des soins.

Bien que l'assurance-dépendance flamande constitue désormais un système qui aurait été déposé comme un « manteau » sur le système des soins sociaux existant, cela n'exclut pas des changements en profondeur à l'avenir quant au contenu des soins. A l'intérieur de son cadre conceptuel, ce régime pourrait continuer à se développer dans le sens, par exemple, du modèle allemand où la personne bénéficiaire peut réellement opérer le choix d'organiser elle-même les soins (car elle dispose alors d'un montant élevé pour acheter des soins, notamment par l'intermédiaire d'un soignant informel qui se voit effectivement octroyer un statut social), voire de faire appel à un ensemble de soins formels. Il s'agit donc d'un choix clair sur le plan personnel entre 'care' et 'cash'. Pour en arriver à ce stade, la base de financement flamande devra toutefois être fondamentalement augmentée et il faudra repenser en profondeur le rapport avec le système des soins sociaux. Toutefois, il existe désormais un cadre de financement et une institution chargée du versement des allocations. D'autres choix que le système allemand semblent conciliables, à l'avenir, avec le cadre actuel, par exemple, le modèle néerlandais où ce soin social a été intégré au sein de la sécurité sociale classique.

Mais avant tout, et abstraction faite de toutes les chamailleries institutionnelles, nous notons la permanence d'une forte légitimité : aucun concept n'est en vue qui puisse rivaliser avec l'assurance-dépendance. Bien que tous ne les approuvent pas, les adaptations sont généralement considérées comme étant de bonnes mesures politiques, la performance très visible est qualifiée de positive. Le nouveau système est déjà institutionnalisé.

*(Traduction)*

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

Breda, J., Crets, S. et Lauwereys, L., *Optimalisering van de zorgcircuits van hulpbehoevende hoogbejaarden*, Bruxelles, Services fédéraux de politique scientifique, 1995.

Breda, J. et Geerts, J., *Aanvullende expertenstudie inzake de externe kostprijs van de implementatie van de Zorgverzekering*, Anvers, 2000.

Breda, J. et Geerts, J., *Care dependency and non-medical care use in Flanders*, Archives of Public Health, 59, 2001, pp. 329-346.

Van den Boer, L., *Hulp nodig?*, Bruxelles, CBGS, 2003, p. 6.

---



# TABLE DES MATIERES

## **POURQUOI UNE ASSURANCE-DEPENDANCE?**

<b>1. LA NATURE DU RISQUE</b>	19
<b>2. QUELLE EST L'IMPORTANCE DU GROUPE DES PERSONNES DEPENDANTES DES SOINS ?</b>	20
<b>3. QUELS SONT LES PROBLEMES SOCIAUX A LA BASE ?</b>	25
<b>4. L'ASSURANCE-DEPENDANCE, BON DEPART SUR DEUX POINTS</b>	28
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	33

# LA SECURITE SOCIALE FLAMANDE, BELGE ET EUROPEENNE - ASPECTS JURIDIQUES DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE, EN DROIT BELGE ET EUROPEEN

PAR **STEVEN VANSTEENKISTE**

Directeur, ING Insurance

## 1. INTRODUCTION : UN DECRET DESORDONNE MAIS ORIGINAL

Le 30 mars 1999, le Parlement flamand votait le décret portant organisation de l'assurance-dépendance (1). Celui-ci jette les fondations d'une sécurité sociale flamande relative aux frais non médicaux qui découlent de la dépendance. La genèse de l'assurance-dépendance ne peut être comprise sans rappeler le climat préélectoral dans lequel elle a vu le jour. Les partis de la majorité (CVP-SP) ont introduit à l'automne 1998 une proposition de décret, suivie peu après d'une autre proposition concurrente émanant de la fraction du VLD (2). A cause de la toute proche dissolution du parlement, le décret fut traité au grand galop. A la lumière de la campagne électorale, on comprend pourquoi aucun parti n'avait de motif de le rejeter. Les socialistes flamands s'étaient même avancés jusqu'à présenter lors de cette campagne l'assurance-dépendance comme un acquis (3). Le décret a été approuvé en réunion plénière à la quasi-unanimité (4).

La fièvre électorale et la remarquable unanimité qui en résulta ont donné naissance au décret. Celui-ci, sans doute, trace un certain nombre de lignes de force, mais laisse à l'Exécutif flamand un très grand nombre d'options à compléter, entre autres en ce qui concerne le financement (système et étendue), l'organisation de l'exécution,

---

(1) M.B., 28 mai 1999.

(2) Proposition de décret portant organisation de l'assurance-dépendance, de Monsieur Guy Swennen et de Madame Sonja Becq c.s., Doc. Parl., VI. Parl., 1998-1999, n°. 1239/1 ; Proposition de décret portant introduction d'une assurance-dépendance pour les personnes nécessitant des soins de Madame Yolande Avontroodt et de Messieurs André Denys, Dirk Van Mechelen et Etienne De Groot, Doc. Parl., VI. Parl., 1998-1999, n°. 1281/1. Le VLD avait d'ailleurs introduit une proposition de décret analogue au début de 1997, Doc. Parl., VI. Parl., 1996-1997, n°. 531/1.

(3) Voir à ce propos Doc. Parl., VI. Parl., 1998-1999, n° 1239/7, p. 7-8.

(4) Sur 113 présents, 112 ont voté pour et il y eut une abstention Doc. Parl., VI. Parl., Hand., Réunion plénière 17 mars 1999, 1998-1999, n° 43, p. 27 s.s.

le groupe cible, l'évaluation de l'étendue du besoin des soins, et cetera. Lors des travaux parlementaires préparatoires, il fut d'ailleurs, à juste titre, question d'un 'décret-cadre' (5). L'on devrait s'attendre à ce qu'un décret-cadre permette au parlement de fixer les grands choix politiques et de déléguer l'exécution concrète du régime à l'Exécutif. Dans le cas de l'assurance-dépendance, le « décret-cadre » a le défaut d'opter entre plusieurs choix essentiels. Ce défaut n'a, d'ailleurs qu'en partie été réparé par un amendement ultérieur (6). Le résultat est un décret qui ne sait pas entre quelles idées contradictoires choisir et qui devrait causer de nombreux problèmes lors de son exécution. Nous étayerons cette position (constatation) dans les lignes qui suivent. Contentons-nous ici de souligner que le Conseil d'Etat a également fait observer que le décret prévoit une délégation de compétences vraiment très large à l'Exécutif flamand et qu'il ne suffit pas à rendre opérationnelle l'assurance-dépendance (7). La difficulté de sa mise en oeuvre apparaît rien que du fait que, selon le décret, l'assurance-dépendance devait entrer en vigueur au 1er janvier 2000 (8), alors que la mise en oeuvre effective n'aura lieu que deux ans plus tard. Aujourd'hui encore, il serait difficile de prétendre que l'assurance-dépendance a trouvé une certaine stabilité.

L'assurance-dépendance n'est certes pas un modèle de travail législatif soigné. En revanche, il n'en est pas moins vrai que c'est, en tous les cas, une expérience extrêmement passionnante. L'assurance-dépendance flamande est en effet remarquable par plus d'un aspect et, par certains côtés, elle est même unique. Ainsi, l'assurance-dépendance flamande est la première assurance sociale organisée au niveau d'un Etat fédéré, non seulement dans le cadre de la Belgique, mais également dans celui de l'Union européenne. L'assurance-dépendance est de ce fait aussi la première assurance sociale décentralisée qui tombe sous le champ d'application du Règlement CE 1408/71. En outre, dans le contexte belge, nous pouvons épinglez plusieurs éléments, à savoir : l'assurance-dépendance introduit un nouveau type de risque social, donne le jour à une nouvelle forme d'organisation de l'exécution où tant les mutualités que les compagnies d'assurances privées jouent un rôle et, pour la première fois prévoit la possibilité de capitalisation dans une assurance sociale.

Dans les lignes qui suivent, nous commenterons plus en détail ces particularités de l'assurance-dépendance. En premier lieu, nous essayerons d'établir la nature de l'assurance-dépendance. Etant donné que le décret laisse un grand nombre de possibi-

(5) Doc. Parl., Parlement flamand, 1998-1999, n°. 1239/7, p. 9 s.s.

(6) Décret du 18 mai 2001 portant modification du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, M.B., 28 juillet 2001.

(7) Conseil d'Etat, avis du 17 décembre 1998, n° L.28.583/3, Doc. Parl. VI. Parl., 1998-1999, n° 1239/3, p. 14 : "La technique utilisée a pour conséquence que la proposition laisse à l'Exécutif le soin d'adopter des réglementations relatives à des aspects essentiels de l'assurance-dépendance. Il vaudrait mieux que l'initiateur du décret indique au moins les critères sur la base desquels l'Exécutif peut à chaque fois faire usage des compétences qui lui ont été attribuées".

(8) L'article 24 du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, M.B., 28 mai 1999.

lités ouvertes, notre approche consistera inévitablement en une radiographie de la situation actuelle. Ensuite, nous esquisserons la répartition des compétences constitutionnelle qui a permis à la Communauté flamande de donner vie à cette “assurance sociale”, alors que la ‘sécurité sociale’ est pourtant restée une compétence exclusivement fédérale. Plus loin, nous examinerons à la loupe européenne l’assurance-dépendance flamande. Dans cette partie, nous nous poserons la question de savoir si, oui ou non, l’assurance-dépendance est soumise au champ d’application du Règlement 1408/71. Le fil rouge de l’histoire est la notion de ‘sécurité sociale’. Pour cette raison, nous avons donné pour titre aux chapitres suivants : Sécurité sociale flamande, belge et européenne.

## 2. SECURITE SOCIALE FLAMANDE

L’assurance-dépendance flamande trouve sa base dans le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l’assurance-dépendance (9), tel que modifié par le décret du 18 mai 2001 (10). Une série d’arrêtés plusieurs fois modifiés de l’Exécutif flamand vient compléter la réglementation (11).

Cette législation n’est pas aisée à décrypter. Le lecteur qui l’épluche patiemment, finit par paraphraser Martinus Nijhoff: “De wetgever mijmert gekkepraat. Lees maar, er staat niet wat er staat.” “Le législateur réfléchit à des billevesées. Lisez donc, il n’est pas écrit ce qui est écrit.” Le caractère hermétique du décret sur l’assurance-dépendance est en fin de compte dû à ce que l’initiateur du décret balance sans cesse entre deux idées sans parvenir à opérer des choix limpides. Dans ce qui suit, nous tenteront de ne pas nous laisser décourager et de nous mettre, quand même, à la recherche de la véritable nature de l’assurance-dépendance flamande au fil des textes des amendements du décret et des arrêtés d’exécution.

(9) M.B., 28 mai 1999.

(10) Décret du 18 mai 2001 portant modification du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l’assurance-dépendance, M.B., 28 juillet 2001.

(11) Arrêté de l’Exécutif flamand du 28 septembre 2001 relatif à l’agrégation, l’enregistrement et l’autorisation, et portant sur l’affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l’assurance-dépendance, M.B., 20 mars 2002, modifié par AEF (Arrêté de l’Exécutif flamand) du 14 décembre 2001, M.B., 25 avril 2002, modifié par AEF du 25 octobre 2002, M.B., 28 novembre 2002, modifié par AEF du 13 décembre 2002, M.B., 29 janvier 2003, modifié par AEF du 9 mai 2003, M.B., 30 mai 2003 ; Arrêté de l’Exécutif flamand du 28 septembre 2001 ; Arrêté de l’Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant règlement de l’exécution des prises en charge dans le cadre de l’assurance-dépendance, M.B., 8 mars 2002, modifié par AEF du 25 octobre 2002, M.B., 28 novembre 2002, aboli par l’AEF du 13 décembre 2002, M.B., 29 janvier 2003 ; Arrêté de l’Exécutif flamand du 19 octobre 2001 portant les conditions de la constatation, du paiement et de la récupération des subsides des caisses de soins dans le cadre de l’assurance-dépendance pour les années 2001 et 2002, M.B., 13 décembre 2001, modifié par AEF du 14 juin 2002, M.B., 27 juillet 2002, modifié par AEF du 5 juillet 2002, M.B., 18 juillet 2002, modifié par AEF du 24 janvier 2003, M.B., 27 février 2003 ; Arrêté de l’Exécutif flamand du 14 février 2003 portant les conditions de la constatation, du paiement et de la récupération des subsides des caisses de soins dans le cadre de l’assurance-dépendance pour l’année 2003, M.B., 20 mars 2003.

## 2.1. LE RISQUE SOCIAL : COÛTS DES PRESTATIONS D'AIDE ET DE SERVICES NON MÉDICALES

Le risque couvert par l'assurance-dépendance concerne les "*prestations d'aide et de services non médicaux*". La terminologie utilisée est expliquée à l'article 2 du décret. Les prestations non médicales d'aide et de services sont "*l'aide et l'assistance fournies par des tiers à une personne ayant une capacité réduite d'autonomie dans un contexte résidentiel, semi-résidentiel ou ambulatoire*". La capacité réduite de prendre soin de soi-même est "*la condition d'une personne dont les capacités d'autonomie sont réduites*." Par « autonomie », il faut comprendre "*les décisions et les actions entreprises par une personne physique dans sa vie quotidienne en vue de subvenir à ses besoins de base, ainsi que les activités connexes se rapportant surtout à l'exécution des activités ménagères et à la capacité d'établir des contacts sociaux, de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et l'espace*".

Ici, donc, le risque couvert par l'assurance-dépendance est défini et, de ce fait, il devient aussitôt un risque social. L'assurance contre le risque spécifié est généralement qualifiée d'"assurance-soins". C'est-à-dire une assurance contre le risque de 'dépendance' ou de 'perte d'autonomie', ce qui suppose l'incapacité d'effectuer encore de manière autonome un certain nombre d'actes quotidiens. La dépendance entraîne la nécessité de recourir à l'aide non médicale d'un tiers, et éventuellement aussi de déboursier d'autres dépenses supplémentaires qui sont consécutives de la diminution d'autonomie. Ce sont ces coûts qui sont entièrement ou partiellement couverts par une assurance-dépendance (12).

Le risque social ainsi défini peut être couvert de diverses manières et c'est ce qui se passe effectivement. En tout premier lieu, nous pouvons faire référence à la couverture la plus complète de ce risque. Celle-ci figure dans la loi sur les accidents de travail. La victime d'un accident de travail peut prétendre à une indemnité complémentaire "*si l'état de la victime exige l'aide régulière d'une autre personne*" (13). Ensuite, l'assurance-soins de santé fédérale couvre aussi inévitablement un certain nombre de prestations qui, stricto sensu, peuvent être rapportées au domaine des coûts non médicaux. D'ailleurs, où se trouve la frontière exacte ? (14). Enfin, d'autres régimes aussi soulagent quelque peu le risque de dépendance, par exemple les allocations fédérales pour personnes handicapées et les allocations pour personnes âgées, les interventions du Fonds flamand pour l'intégration sociale des personnes

(12) Bertels, J., et Cocquyt, W., *De zorgverzekering voor ouderen. De situatie in vijf Europese landen*, Maklu, Anvers/Apeldoorn, 1993, p. 11 s.s. ; Bertels, J., et Cocquyt, W., 'Niet-zelfredzaamheid van bejaarden: een nieuwe uitdaging?', in Instituut Sociaal Recht, *De Sociale Zekerheid Her-Dacht*, Mys et Breesch/Presses universitaires Louvain, Gand/Louvain, 1992, p. 74-75; Pacolet, J., e.a., *De financiering van de bejaardenzorg: nood aan een afhankelijkheidsverzekering?*, HIVA, 1994, p. 5 s.s.; Van Buggenhout, B., e.a., *De afhankelijkheidsverzekering*, Die Keure, Bruges, 1994.

(13) Article 24, quatrième alinéa, de la loi sur les accidents de travail du 10 avril 1971.

(14) Van Buggenhout, B., o.c., p. 5 et les exemples qui y sont énumérés.

handicapées (15), les subsides accordés aux maisons de repos et de soins et, enfin, les interventions du CPAS dans les frais d'hôpitaux et de maisons de repos et de soins.

Reste le constat qu'avant l'assurance-dépendance, aucun régime ne couvrait d'une manière globale le risque de dépendance pour toutes les victimes potentielles. Par conséquent, l'assurance-dépendance flamande correspond indubitablement à un besoin réel. Répondre à ce besoin au niveau de la Communauté flamande implique nécessairement une séparation entre le risque des 'coûts médicaux' dans l'assurance-soins de santé et celui de la dépendance. La limitation à des coûts de soins 'non médicaux' doit en effet éviter à l'assurance-dépendance de dériver dans les eaux de l'assurance-soins de santé, qui est une compétence exclusivement fédérale (voir ci-dessous).

Il est clair qu'il s'agit d'un choix politique. Techniquement parlant, en effet, l'assurance-dépendance, pourrait parfaitement, voire mieux encore, être incorporée dans l'assurance-soins de santé. Les partisans d'une assurance-dépendance flamande ne sont d'ailleurs pas nécessairement des adversaires de la réunion de l'assurance-soins de santé et de l'assurance-dépendance. Ces dernières années, le Parlement flamand et l'Exécutif flamand ont en effet formulé à plusieurs reprises l'exigence d'une communautarisation de l'assurance-soins de santé. Sous cet angle, certains verront aussi incontestablement l'assurance-dépendance flamande comme une manœuvre tactique dans l'attente de la division de l'assurance-soins de santé (16).

## 2.2. LA TECHNIQUE : ASSURANCE SOCIALE OU AIDE SOCIALE ?

La dénomination 'assurance-dépendance' suggère qu'il s'agit d'une assurance sociale. Pourtant, cette 'assurance-dépendance' est basée sur la compétence communautaire en matière 'd'aide aux personnes'. Indépendamment de la question des compétences qui sera traitée plus loin, nous tentons ici de définir d'après son contenu la nature de l'assurance-dépendance.

L'assurance sociale et l'aide sociale se distinguent généralement selon deux critères qui, tous deux, ont un lien avec l'idée d'assurance : d'une part, le financement et, d'autre part, la question de savoir si l'état de nécessité de l'intéressé joue un rôle dans l'octroi d'une prestation (17).

(15) Pour la répartition des compétences en matière de politique à l'égard des personnes handicapées, voir Pieters, D., et Vansteenkiste, S., "De verdeling van de bevoegdheden inzake gehandicaptenbeleid tussen Staat, Gemeenschappen en Gewesten", p. 1-16 in Van Buggenhout, B., (ed.), *Handicap en integratie. Het nieuw Vlaams fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap*, Die Keure, Bruges, 1991. ISBN 90-6200-454-7.

(16) Pour un commentaire sur le débat sur la communautarisation de l'assurance-soins de santé, voir Poirier, J., et Vansteenkiste, S., "Le débat sur la fédéralisation de la sécurité sociale en Belgique : le miroir du vouloir-vivre ensemble ?", *Revue Belge de Sécurité Sociale*, juin 2000, p. 331-379 ; Vansteenkiste, S., *Het gezondheidsbeleid*, dans la série *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, Die Keure, Bruges, 2001, p. 141 s.s.

(17) Cfr. Berghman, Jos, "Basic concepts of social security", in Pieters, Danny, (ed.), *Social Security in Europe*, Bruymant/Maklu, Bruxelles/Anvers, 1991, p. 32 s.s.

Alors que l'aide sociale est financée par les moyens généraux, l'assurance sociale est (majoritairement) financée par les cotisations des employeurs et des travailleurs, par d'autres groupes professionnels comme les indépendants, ou même par les contributions de la population tout entière. Ainsi, l'assurance sociale, du moins en théorie, contient toujours une référence à l'idée "d'assurance", en ce sens qu'il existe un certain lien entre le risque (social), la cotisation (prime) et la prestation (indemnisation du dommage). Cette idée d'assurance est naturellement corrigée dans l'assurance sociale par l'introduction d'éléments de solidarité.

Dans une pure logique d'assurance sociale, le droit à une prestation ne dépend pas de l'état de besoin subjectif de l'assuré. Il n'y a pas de place pour une enquête sur les revenus ou sur les moyens de subsistance. Dans l'aide sociale, par contre, les prestations sont orientées sur les plus nécessiteux par le biais d'enquêtes sur les revenus ou les moyens d'existence.

Dans la pratique, nous trouvons naturellement bien des réglementations qui comportent des caractéristiques tant de sécurité sociale que de l'aide sociale. L'allocation universelle ('demogrant') est la forme mixte la plus caractéristique. Une allocation universelle est toutefois financée à l'aide des moyens généraux mais les prestations ne dépendent pas d'une enquête sur les revenus ou les moyens de subsistance (18).

Dans cette perspective, l'assurance-dépendance flamande est à considérer comme une assurance sociale ou comme une allocation quasi universelle (« quasi-demogrant »). Il est évident qu'il ne s'agit pas d'une forme d'aide sociale, puisque l'on ne recourt à aucune enquête sur les revenus ou les moyens d'existence. Pour ce qui est du financement du système, le décret pourvoit principalement en, d'une part, un financement sur le budget général et, d'autre part, un financement par des « cotisations de solidarité ». Cette « cotisation des membres » est conçue dans son exécution comme une cotisation forfaitaire à charge de chaque affilié qui a atteint l'âge de 25 ans. Pour 2003, la cotisation est égale à 25 € par personne, à certaines catégories spécifiques de personnes s'applique une cotisation réduite de 10 € (19).

(18) Un grand nombre de régimes d'allocations familiales dans le monde sont ce qu'il convient d'appeler des 'demogrants' (allocation universelle).

(19) Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, article 13. La 'cotisation de solidarité' est due par toute personne qui tombe obligatoirement sous l'application de l'assurance-dépendance et qui a atteint l'âge de 25 ans. Dans les arrêtés d'exécution, ceci est appelé la cotisation des membres, elle est perçue par les Caisses de soins. Voir article 15 s.s. Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance, M.B., 20 mars 2002. La cotisation des membres s'est élevée à 10 € pour la période du 1er octobre 2001 jusqu'au 31 décembre 2002 inclus, voir article 17 de l'AEF précité. Pour l'année 2003, la cotisation des membres s'élève à 25 €. Ceux, qui en vertu de l'article 37, §1 premier alinéa et §19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (14 juillet 1994) ont droit à l'indemnité d'assurance majorée ne paient que 10 € comme cotisation de membre. Voir article 1, Arrêté de l'Exécutif flamand du 25 octobre 2002 de modification de l'Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance, M.B., 28 novembre 2002.

Il est clair que la cotisation des membres ne suffit pas à couvrir les dépenses de l'assurance-dépendance et que la part du lion des moyens provient encore et toujours de la dotation gouvernementale.

Par ailleurs, bien des choses peuvent être dites sur le caractère dit 'solidaire' de cette cotisation. Il y a le fait que tous les affiliés paient une cotisation identique, donc indépendante de leur risque de dépendance. Ici se cache déjà une forme importante de solidarité, puisque, par exemple un individu âgé de 25 ans paie la même cotisation qu'une personne âgée de plus de 80 ans. L'exposé des motifs mentionne que la cotisation sera déterminée « en fonction des moyens financiers de la famille » (20). On pourrait interpréter que dans le futur les cotisations devront être liées au revenu dans un système progressif de nature fiscale ou autre (21). Le fait qu'actuellement, une cotisation réduite soit demandée à certaines catégories ne serait qu'un pas dans cette direction.

Il suffit d'indiquer ici qu'une parafiscalité progressive pour l'assurance-santé, analogue à l'impôt fédéral sur les revenus ou aux assurances populaires néerlandaises, ne semble pas conciliable avec les actuelles compétences communautaires. Comme nous le détaillerons ci-après, l'assurance-dépendance relève de la compétence de la communauté, au titre de matière personnalisable. Les décrets flamands pris sur cette base ont force de loi dans la région linguistique de langue flamande et *à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou l'autre Communauté* (22). En d'autres termes, à Bruxelles, les Communautés flamande et française ne peuvent imposer des normes qu'à l'égard d'institutions et non à l'égard des personnes. Aussi, l'on ne voit pas clairement comment un prélèvement parafiscal général peut être réalisé par les Communautés. L'article 170, §2, de la Constitution prévoit il est vrai, en théorie, la possibilité d'impôts communautaires, mais l'exercice de cette compétence dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale n'a jamais été réglé. En pratique, un régime (para)fiscal pour les cotisations ne serait sans doute possible qu'après le vote d'une loi fédérale qui réglerait l'application de l'article 170, § 2, Constitution, ou après un accord de collaboration entre la Communauté française et la Communauté flamande.

### 2.3. CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL : UNE "ASSURANCE POPULAIRE FLAMANDE"

Le champ d'application personnel de l'assurance-dépendance flamande est réglé par l'article 4 du décret. Pour les habitants de la Région flamande, l'assurance-dépendance est une assurance sociale obligatoire, sous réserve de l'application du règlement

(20) Il est question des moyens financiers du 'ménage'. Ce faisant, l'on peut observer que, dans la réglementation en vigueur, l'Assurance-dépendance flamande ignore la notion de "ménage", tant les droits que les devoirs sont établis sur une base individuelle. Par exemple, il n'est nulle part question d'une cotisation du ménage. Le cas de figure de la coassurance n'y est pas, non plus, utilisé.

(21) Par exemple, Guy Swennen, dans son commentaire sur le décret, *Doc. Parl.*, VI. Parl., 1998-1999, n° 1239/7, pp 9 et 13.

(22) Article 128, §2, Constitution.



européen de coordination 1408/71 et éventuellement d'autres dispositions de droit européen ou international auxquelles nous reviendrons ultérieurement. Cette obligation est définie comme une obligation de s'affilier à une caisse de soins agréée par le décret. Ceux qui ne le font pas spontanément sont par ailleurs affiliés d'office à une caisse de soins fondée par le 'Vlaams Zorgfonds'.

Contrairement aux assurances sociales fédérales, l'assurance-dépendance flamande se réfère donc au critère 'domicile' ou 'résidence'. Par analogie avec le modèle néerlandais d'assurances sociales, nous pouvons parler d'une 'assurance populaire' (23).

Comme nous l'avons dit, à Bruxelles, la Communauté est uniquement compétente vis-à-vis des institutions qui, du fait de leur organisation, sont censées appartenir à la Communauté flamande. Dès lors, il va de soi que la Communauté flamande ne peut imposer une obligation à l'égard d'un quelconque habitant de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Toutefois, le Parlement flamand n'a pas voulu leur dénier l'accès à l'assurance-dépendance. En vertu de l'article 4, §2, du décret, chaque habitant de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale peut s'affilier volontairement à une caisse de soins agréée de son choix.

La problématique bruxelloise mérite une analyse juridique et actuarielle approfondie que nous ne pouvons livrer dans le cadre du présent article. Nous nous limitons, contraints et forcés, à quelques remarques générales. Le fait que les Bruxellois peuvent s'affilier sur une base volontaire entraîne en effet un certain nombre de difficultés spécifiques.

En premier lieu, faisons observer que l'assurance-dépendance est principalement financée à l'aide de la dotation de la Communauté flamande (voir ci-dessus). Le Bruxellois n'a pas contribué à ces moyens et s'il fait usage de son droit à s'inscrire volontairement à l'assurance-dépendance, il réalise donc partiellement un 'parcours gratuit'. Nous avons déjà stipulé ci-dessus que les Communautés à Bruxelles ne sont pas habilitées en ce moment à instaurer une retenue (para)fiscale. Aussi longtemps que c'est le cas, il n'existe pas, non plus, de solution au problème du 'parcours gratuit'.

Ensuite, l'affiliation volontaire s'accompagne du risque de l'anti-sélection. Il faut en effet s'attendre à ce que proportionnellement plus de personnes présentant un risque élevé ou déjà présent de dépendance s'affilieront en premier lieu à la Caisse de soins. Dans ce cas, la proportion des dépenses par rapport aux recettes provenant

---

(23) Le terme 'assurance populaire' (volksverzekering) est utilisé aux Pays-Bas pour parler des assurances sociales généralisées dont le champ d'application personnel est déterminé à l'aide de la résidence. A l'opposé, l'on trouve les assurances "des travailleurs" (werknemersverzekering) dont le champ d'application personnel est déterminé par la référence à une catégorie professionnelle déterminée (travailleurs salariés, indépendants, fonctionnaires, et cetera).

des cotisations sera moins favorable à Bruxelles qu'en Région flamande. L'initiateur du décret en avait conscience, mais il s'est limité à mandater l'Exécutif flamand en vue de fixer les *“règles spécifiques en matière d'affiliation”* (24).

Les conditions pour pouvoir prétendre aux prestations sont différentes pour ceux qui habitent la Région bilingue de Bruxelles-Capitale par rapport à ceux qui habitent la Région flamande.

A notre avis, ces différences peuvent se justifier là où elles tentent de limiter le risque d'anti-sélection cité ci-dessus. C'est le cas lorsque à Bruxelles-Capitale, l'on exige des affiliés « de dernière minute » une période d'assurance d'au moins dix ans avant de pouvoir jouir d'un droit à prestations (25). Le même principe s'applique à la suspension du droit aux prestations pour chaque année durant laquelle aucune cotisation n'a été payée (26). Vu l'obligation d'affiliation en Flandre et la liberté de choix à Bruxelles, il est possible d'expliquer et de justifier que ces mesures visent uniquement les Bruxellois. Il s'agit de conséquences en proportion de l'avantage dont jouit le Bruxellois de s'affilier volontairement ou non.

A notre avis, il semble nettement plus difficile de justifier un régime différent pour les prestations elles-mêmes, entre les usagers de l'assurance-dépendance, selon qu'ils habitent dans la Région flamande ou à Bruxelles-Capitale bilingue. Le décret donne pourtant à l'Exécutif l'autorisation explicite de donner naissance à de telles divergences (27). Et l'Exécutif a effectivement fait usage de ce droit. Ci-après, dans le texte, nous détaillerons davantage la nature des prestations; ici, signalons simplement que les usagers de l'assurance-dépendance de la Région flamande peuvent percevoir une prestation mensuelle de 90 €, sans avoir à démontrer une forme quelconque d'aide professionnelle. Cette règle ne s'applique pas aux Bruxellois, ils ne peuvent bénéficier de la prise en charge pour les soins à domicile que lorsqu'ils sont en mesure de faire simultanément la preuve qu'ils recourent à une prestation d'aide professionnelle. (28). Cette distinction n'a plus rien à voir avec la situation constitu-

(24) Article 4, §3, Décret portant organisation de l'assurance-dépendance, tel que remplacé par le Décret du 18 mai 2001, M.B., 28 juillet 2001, article 5, §3.

(25) Article 5, 6<sup>o</sup>, Décret portant organisation de l'assurance-dépendance, tel qu'ajouté au Décret du 18 mai 2001, M.B., 28 juillet 2001, article 6, 3<sup>o</sup>. Les personnes qui habitent dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui ne s'affilient pas volontairement dans un délai déterminé, doivent avoir été au moins affiliées pendant dix ans de manière ininterrompue auprès d'une caisse de soins agréée pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Cette condition est uniquement applicable à une personne ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans et habitant ou venant habiter dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui ne s'affilie pas à une caisse de soins dans un délai de six mois après qu'elle a pu s'affilier. Voir article 20, §4, Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance.

(26) Article 10, §2, deuxième alinéa, Décret portant organisation de l'assurance-dépendance.

(27) Article 6, §1, in fine, Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, tel que remplacé par le Décret du 18 mai 2001, M.B., 28 juillet 2001, article 7, 4.

(28) Article 31, deuxième alinéa, Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance.

tionnelle spécifique du Bruxellois – la liberté de choix et son pendant. La distinction opérée est d'autant plus inquiétante quand l'on prend en considération que le nombre d'infrastructures (unicommunautaires) flamandes agréées à Bruxelles est particulièrement mince et que, dans la pratique, l'usager ne parviendra pas souvent, voire généralement pas, à faire appel à ces infrastructures (29).

#### 2.4. LES PRESTATIONS : ALLOCATIONS FORFAITAIRES OU REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS DETERMINEES ?

Une fois prise la décision d'établir un nouveau régime qui prend en charge le 'nouveau' risque social de la dépendance, des choix très divergents peuvent être pris. Par exemple, l'on peut opter pour un système de remboursement des frais effectivement encourus. Dans ce cas, une liste des prestations est établie, lesquelles sont ensuite remboursées totalement ou partiellement au bénéficiaire. Ceci correspond, en simplifiant, au système utilisé dans l'assurance-soins de santé fédérale. D'autre part, le bénéficiaire qui objectivement se trouve dans une situation de dépendance peut préférer une allocation forfaitaire déterminée. Ce système part du raisonnement que la dépendance entraîne automatiquement certains frais supplémentaires et que, par solidarité, la collectivité veut supporter une partie de ces frais. Dans un tel contexte, la question des dépenses effectives ne se pose pas. Ce système est utilisé dans le régime fédéral des allocations familiales, où le fait d'avoir des enfants suffit à percevoir une allocation forfaitaire sous la forme d'allocations familiales.

La première méthode présente indubitablement l'avantage d'adoucir le plus effectivement les besoins là où ils se présentent réellement. La deuxième méthode a pour plus grand avantage que les coûts peuvent être relativement bien estimés et que ceux-ci restent maîtrisables.

A première vue, le législateur flamand semble opter pour un système de remboursement. En effet, les usagers de l'assurance-dépendance ont, en vertu de l'article 3 du décret, déjà cité, droit à une "*prise en charge des coûts*", "*à raison d'un montant maximal annuel*". Quelle forme adoptent-elles actuellement, ces 'prises en charge' ? Dans le décret original, il est clairement indiqué que la prise en charge concerne la couverture totale ou partielle du coût des prestations effectivement portés en compte à l'usager (30). Ceci indique un système de remboursement, fût-ce à raison d'un montant plafonné (31). Par ailleurs, selon le décret, le système est complémentaire

(29) Sur cette problématique, voir également la *Voorstel van resolutie betreffende de uitbreiding van het aanbod voor de zorgverzekering in Brussel*, (Proposition de résolution relative à l'extension de l'offre pour l'assurance-dépendance à Bruxelles) *Doc. Parl.*, VI. Parl., 2001-2002, n° 1201/1.

(30) Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, art. 6, §1, 1<sup>o</sup>.

(31) "Il s'agit de frais réellement encourus. Ce n'est pas une allocation de remplacement du revenu. Les personnes choisissent les soins qu'elles veulent. Cela peut donc également avoir trait à une aide matérielle ou à des soins à domicile. La liberté de choix existe. Les dispensateurs de soins doivent être agréés pour garantir la qualité et contrôler les flux financiers. La possibilité d'un appel à l'intervention existe tant pour les soins résidentiels qu'à domicile. Le soignant à domicile peut aussi être agréé. Ils seront enregistrés dans ce contexte et éventuellement il sera procédé à l'établissement d'un plan d'activités". *Doc. Parl.*, VI. Parl., Document 1239 (1998-1999) - N° 7, p. 6.

au regard de régimes fédéraux ou communautaires existants (32). Ce dernier point également semble indiquer qu'il ne s'agit pas, en effet, d'une intervention forfaitaire (33). Le décret du 18 mai 2001 ajoute encore que la prise en charge concerne également "les prestations effectivement dispensées à l'utilisateur par l'intervenant de proximité". Dès lors, ici aussi, il s'agit du remboursement des frais effectivement déboursés (34).

En outre, le décret original stipule que les prises en charge sont assumées par la caisse de soins par l'intermédiaire de chèques-soins au nom de l'utilisateur ou de moyens similaires (35). La modification du décret du 18 mai 2001 ajoute qu'en cas de soins à domicile, les prises en charge peuvent également être fournies à l'aide d'un autre moyen que le chèque-soins (36).

Ces différents aspects ont été réglés dans les détails par un arrêté de l'Exécutif flamand (37) qui, entre-temps, a déjà été aboli (38) et que l'on peut donc ignorer. Le régime actuellement en vigueur semble cependant ne pouvoir que difficilement répondre aux stipulations du décret. En effet, aujourd'hui s'applique la règle suivante : les prestations pour les soins de membres de la famille et les soins à domicile sont payées mensuellement par la Caisse de soins à l'utilisateur par virement ou en espèces (39).

Dans ce cas, il n'est plus question en réalité d'un remboursement sur facture ou de chèques de soins ne pouvant être honorés qu'auprès de prestataires de services agréés, mais, au contraire, bel et bien, d'une allocation mensuelle forfaitaire. La prise en charge des personnes bénéficiant de soins résidentiels est payée par vire-

(32) Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, article 6, §2, tel que modifié par le décret du 18 mai 2001, article 7, 5<sup>o</sup>: "*Les prises en charge sont refusées ou diminuées, conformément aux règles et sous les conditions que l'Exécutif fixe, si l'utilisateur, en vertu d'autres dispositions légales ou décrétales, peut prétendre à la couverture des mêmes frais pour prestation d'aide et de services non médicales.*"

(33) "Le système est complémentaire. Cela signifie que, lorsque les interventions sont possibles sur la base d'autres réglementations, ces dernières doivent être utilisées en premier lieu. Ceci est possible parce que, dans la proposition, il est question de la prise en charge de coûts et non d'une indemnité forfaitaire." *Doc. Parl.*, VI. Parl., 1998-1999, n<sup>o</sup> 1239/7, p. 5.

(34) Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, article 6, §1, 1<sup>o</sup>, tel que modifié par le décret du 18 mai 2001, article 7, 1<sup>o</sup>.

(35) Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, article 10.

(36) Décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance-dépendance, le nouvel article 10, §2, tel que modifié par le décret du 18 mai 2001.

(37) Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant règlement de l'exécution des prises en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance, M.B., 8 mars 2002.

(38) Aboli par AEF du 13 décembre 2002, M.B., 29 janvier 2003.

(39) Articles 44bis et 44ter de l'Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance, M.B. 20 mars 2002, ajouté à l'AEF du 13 décembre 2002, M.B., 29 janvier 2003.

ment à l'usager, après présentation des attestations utiles qui démontrent le séjour dans l'infrastructure de soins (40). Ici, également, l'on peut parler, *de facto*, d'une allocation forfaitaire.

Le décret ne stipule rien sur les montants de l'allocation, si ce n'est un montant maximal annuel. Les montants des prestations sont donc déterminés entièrement par l'Exécutif flamand. Déjà, les montants ont été plusieurs fois modifiés mais, d'après le dernier état des lieux, la prise en charge pour les soins d'un familial et les soins à domicile s'élève à 90 € par mois. Les usagers qui séjournent dans une institution agréée peuvent compter sur une intervention de 125 € par mois (41). Il va de soi que, dans ce contexte d'allocation forfaitaire, la notion de montant maximal n'a plus vraiment de sens.

## 2.5. LE FINANCEMENT

Quant au mode de financement, le décret reste particulièrement vague. L'article 13, déjà cité, du décret énumère les sources de financement, parmi lesquelles la dotation des moyens généraux et les cotisations de solidarité sont manifestement les plus importantes. L'étendue de la dotation et le niveau des cotisations sont totalement laissés à l'appréciation de l'Exécutif. Il n'y a pas, non plus, la moindre indication sur le rapport entre les deux sources de financement. Le troisième alinéa de l'article 13 stipule uniquement que la dotation et le volume des cotisations sont calculés pour chaque année budgétaire *"sur la base de paramètres relatifs au nombre et à la somme des prises en charge octroyées, du profil des usagers en termes de gravité et de durée d'autonomie réduite, de la constitution de réserves financières destinées à couvrir les obligations en matière de dépenses et des autres moyens revenant au Fonds flamand d'Assurance Soins"*. Un premier constat remarquable s'impose : tous les éléments énumérés dans cette formule sont des "inconnues" pour l'initiateur du décret. Le contenu à y donner est laissé à la discrétion de l'Exécutif. Autre constatation : l'un des éléments est constitué de *"réserves financières destinées à couvrir les obligations futures en matière de dépenses"*. Ceci indique que le législateur flamand avait à l'esprit une idée de capitalisation collective ou de constitution d'un fonds. A quoi devrait ressembler cette capitalisation concrètement ou selon quels principes devrait-elle se dérouler, à ce sujet le décret ne pipe le moindre mot. Nous devons nous satisfaire de la proposition lapidaire de l'article 13, in fine, selon laquelle *"l'ensemble des moyens est affecté dans le cadre d'un système mixte de capitalisation et de répartition"*.

(40) Articles 44quater et 44quinquies de l'Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance, M.B. 20 mars 2002, ajouté par l'AEF du 13 décembre 2002, M.B., 29 janvier 2003.

(41) Article 31 de l'Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance M.B., 8 mars 2002.

Les choix opérés par l'Exécutif flamand et le rapport entre dotation et cotisations sont traités dans un autre article du présent numéro. Hélas, à l'heure actuelle, nous ne pouvons affirmer que le mode de financement répondra à un raisonnement très logique. Tout semble indiquer que la capitalisation s'effectuera au mieux avec des excédents aléatoires, et non comme la conséquence d'un calcul des dépenses futures et d'une vision de leur financement.

### 3. SECURITE SOCIALE BELGE

#### 3.1. AIDE AUX PERSONNES : COMPETENCE DES COMMUNAUTES

La compétence de la Communauté flamande à instituer une assurance-dépendance trouve son fondement dans l'article 5, §1, de la Loi Spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles (LSRI). L'article 5 LSRI porte à exécution l'article 128 de la Constitution en vertu duquel les Communautés sont compétentes pour les matières personnalisables. La Constitution elle-même ne fournit aucune définition des 'matières personnalisables' (42) et se limite à octroyer au législateur spécial la compétence de déterminer ces matières (43). En règle générale, les matières personnalisables sont ce type de matières "étroitement liées à la vie des personnes dans leur Communauté" (44). Nous avons déjà souligné ci-dessus que les décrets relatifs aux matières personnalisables ont force de loi respectivement dans la Région flamande et dans la Région linguistique francophone, ainsi que pour les institutions établies dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, du fait de leur organisation, doivent être considérées appartenir exclusivement à l'une ou l'autre Communauté (45).

Il convient encore d'observer ici que l'article 128 de la Constitution n'octroie aucune compétence directe aux Communautés. Les Communautés ne sont compétentes sur le plan des matières personnalisables qu'à condition que ces compétences aient été expressément octroyées dans la LSRI (46) et que la loi n'ait pas réservé certains composants ou aspects de cette matière au législateur fédéral (47).

(42) Voir notre commentaire de la notion constitutionnelle 'matières personnalisables' in Vansteenkiste, Steven, *Het gezondheidsbeleid*, p. 47-56, dans la série *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, VAN Haegendoren, Geert, et Seutin, Bruno, (eds.), tome 10, Die Keure, Bruges, 2001.

(43) Pour ce qui concerne la Communauté allemande, la compétence relative aux matières personnalisables est fixée par une loi ordinaire, voir article 130 Constitution. Pour la Communauté germanophone, cette question est réglée dans la Loi du 31 décembre 1983 de réforme des institutions de la Communauté germanophone. En vertu de l'article 4, §2, de cette Loi, la Communauté germanophone dispose pour les matières personnalisables des mêmes compétences que les Communautés flamande et française.

(44) *Doc. Parl.*, Chambre, 1977-1978, n° 461/1, 28.

(45) Article 128, §2, Constitution.

(46) Cour d'arbitrage, n°70, 14 décembre 1988, M.B. 31 décembre 1988.

(47) Voir article 19, §1, LSRI.

Les matières énumérées à l'article 5, §1, LSRI, ont été divisées en deux catégories qui, à leur tour, ont été subdivisées en sous-catégories.

La première catégorie (article 5, §1, I, LSRI) comprend deux matières qui concernent la 'politique de la santé', plus précisément :

- la politique relative à la fourniture de soins au sein et à l'extérieur des institutions hospitalières, avec un certain nombre d'exceptions ;
- l'éducation à la santé ainsi que les activités et services sur le plan de la médecine préventive, à l'exception des mesures nationales de prophylaxie.

La deuxième catégorie (article 5, §1, II) regroupe des matières qui concernent 'l'aide aux personnes', plus spécialement :

- la politique familiale (...);
- la politique d'aide sociale (...);
- la politique d'accueil et d'intégration des immigrés ;
- la politique des handicapés (...);
- la politique du troisième âge (...);
- la protection de la jeunesse (...);
- l'aide sociale aux détenus, en vue de leur réinsertion sociale.

La compétence communautaire en matière d'assurance-dépendance est basée sur l'article 5, §1, II, LSRI, c'est-à-dire les matières qui concernent 'l'aide aux personnes'. Comme indiqué ci-dessus, l'article 5, §1, II, LSRI, énumère différents domaines politiques spécifiques. Les actes préparatoires au décret ne formulent pas spécifiquement auquel de ces domaines politiques ressortirait l'assurance-dépendance (48). La Cour d'arbitrage n'a rien trouvé à redire. Selon la Cour, la compétence de la Communauté flamande à instituer une assurance-dépendance résulte de la compétence générale des Communautés eu égard à 'l'aide aux personnes' (49). Ce faisant, la Cour observe expressément qu'en principe, les Communautés sont compétentes pour l'ensemble de la matière relative à l'aide aux personnes et non seulement à l'égard des catégories mentionnées nommément dans l'article 5, §1, II, LSRI (50).

Il s'avère donc que, dans le cadre de sa compétence en matière d'aide aux personnes, la Communauté a en principe la compétence de donner naissance à une assurance-dépendance. Cela ne met cependant pas un terme à l'affaire. Dans l'exercice

(48) Dans l'exposé de la proposition de décret visant à introduire l'assurance-dépendance flamande, le législateur flamand est parti du principe que les prestations d'aide et de services non médicales à des personnes nécessitant des soins font partie du domaine de l'aide aux personnes. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, VI. Parl. 1998-1999, n° 1239-1, 5.

(49) Cour d'arbitrage, n° 33/2001, 13 mars 2001, M.B., 27 mars 2001.

(50) Dans son avis, le Conseil d'Etat avait déjà confirmé antérieurement la compétence des Communautés, C.E., dép. légis., 17 décembre 1998, n° L. 28.583/3, *Doc. Parl.*, VI. Parl., 1998-1999, n° 1239/1. Dans ce cas de figure, le Conseil est d'avis qu'il s'agit plus précisément de la politique en matière d'aide sociale (article 5, §1, II, 2°, LSRI).

de sa compétence, la Communauté ne peut en effet pas porter préjudice aux compétences réservées au législateur fédéral par la Constitution ou par la loi spéciale. Dans les lignes qui suivent, nous examinons cette condition eu égard à la compétence fédérale exclusive en matière de 'sécurité sociale'.

### 3.2. SECURITE SOCIALE : COMPETENCE FEDERALE

La Constitution ne se prononce pas sur la compétence en matière de sécurité sociale. L'article 23, 2 de la Constitution garantit *«le droit à la sécurité sociale, la protection de la santé et l'aide sociale, médicale et juridique. [...]»*, mais stipule explicitement que la garantie de sécurité sociale peut être donnée par la loi, le décret ou l'ordonnance. Par ailleurs, l'énumération distincte de la 'sécurité sociale' et de 'l'aide sociale' constitue une indication que le législateur constitutionnel ressent les deux ensembles réglementaires comme distincts l'un de l'autre (51). Sauf ce passage, la notion de sécurité sociale n'est pas présente dans la Constitution (52).

En vertu de l'article 6, §1, VI, dernier alinéa, 12<sup>o</sup>, LSRI *«seul, le gouvernement fédéral est compétent»* à l'égard *«du droit du travail et la sécurité sociale»*. Il apparaît ainsi clairement que, dans la disposition citée, la compétence fédérale exclusive en matière de sécurité sociale est définie de manière générale. Il en résulte, entre autres, que la compétence en matière de sécurité sociale réservée au pouvoir fédéral est, par ailleurs, susceptible de constituer une limitation aux compétences communautaires relatives aux matières personnalisables. Le fait que la compétence fédérale exclusive en matière de sécurité sociale est formulée comme une exception à la compétence des régions en matière de politique économique, n'y porte pas préjudice. La compétence fédérale exclusive en matière de sécurité sociale et le fait que

---

(51) Pour le législateur constitutionnel, la sécurité sociale et l'aide sociale sont manifestement deux matières distinctes. En d'autres termes, l'aide sociale n'est pas une composante de ce que l'on entend par sécurité sociale. Lorsque la LSRI réserve la sécurité sociale exclusivement au législateur fédéral, cette réserve ne s'applique donc pas à l'égard des régimes d'aide sociale. Signalons toutefois ici, que l'article 5 LSRI attribue un certain nombre de régimes d'aide sociale exclusivement ou partiellement au législateur fédéral : le revenu garanti (art. 5, §1, II, 2<sup>o</sup>, a), les allocations aux personnes handicapées (art. 5, §1, II, 4<sup>o</sup>, a), et le revenu garanti aux personnes âgées (art. 5, §1, II, 5<sup>o</sup>).

(52) Dans un certain nombre de cas, la compétence en matière de 'pensions' est bel et bien réservée expressément au législateur fédéral : art. 127, §1, 2<sup>o</sup>, c), Constitution, pour ce qui est du personnel enseignant ; art. 152, Constitution, quant aux juges ; art. 186, Constitution, pour ce qui concerne les militaires ; voir également les art. 179 et 181, Constitution.



celle-ci a également des répercussions sur les compétences des Communautés sont des éléments confirmés à plusieurs reprises dans la jurisprudence de la Cour d'arbitrage (53).

Se pose donc la question de savoir ce qu'il faut entendre par 'sécurité sociale' et, comme question subsidiaire si, avec l'instauration de son assurance-dépendance, la Communauté flamande ne porte pas atteinte à la compétence fédérale exclusive en matière de sécurité sociale. A la suite de l'assurance-dépendance flamande, tant le département de législation du Conseil d'Etat que la Cour d'arbitrage ont dû se prononcer sur ce point. Les deux instances arrivent à la conclusion que l'assurance-dépendance flamande n'empiète pas sur le terrain de la sécurité sociale et relève du champ des compétences communautaires. Il est remarquable d'observer qu'ils arrivent à cette conclusion en empruntant des voies distinctes. A y regarder de plus près, les deux instances accordent à la notion de 'sécurité sociale' une autre teneur.

Dans son avis sur le décret portant instauration de l'assurance-dépendance flamande (54), le Conseil d'Etat donne une interprétation restrictive au contenu de la notion de 'sécurité sociale' inscrite à l'article 6, §1, VI, alinéa 5, 12<sup>o</sup>, LSRI. Dans cet avis, le Conseil d'Etat qualifie de *"juste du point de vue des principes"*, l'hypothèse de départ des initiateurs de la proposition selon laquelle *"les prestations d'aide et de services à des personnes nécessitant des soins relèvent du domaine de l'aide aux personnes"* (55). Selon le Conseil, l'aide aux personnes (article 5, §1, II, LSRI) est *"axée sur des personnes qui pour l'une ou l'autre raison se trouvent dans une situation qui leur donne droit à une aide déterminée de la part des pouvoirs publics"*. Dans ce cas précis, il s'agit, d'après le Conseil, plus précisément de la politique en matière d'aide sociale (article 5, §1, II, 2<sup>o</sup>, LSRI). Cette politique est spécifiquement axée sur l'octroi d'aide à des personnes qui se trouvent dans une certaine détresse. La nature de cette détresse, du moins vue à la lumière des circonstances

(53) Par exemple, la Cour d'arbitrage a stipulé dans un Arrêt de 1991: *«Bien que le nouvel article 6, § 1, VI, alinéa 3, de la loi spéciale de réformes institutionnelles s'inscrive dans l'attribution de compétences aux Régions en ce qui concerne l'économie, cette disposition traduit la volonté expresse du législateur spécial de maintenir une réglementation de base uniforme de l'organisation de l'économie dans un marché intégré»*; Cour d'arbitrage, n° 32/91, 14 novembre 1991, M.B., 28 novembre 1991; dans un arrêt de 1993, la Cour confirme expressément ce principe à l'égard de la sécurité sociale: *«En outre, le législateur communautaire [sic] n'est pas fondé à s'occuper du règlement de pension des membres du personnel liés par un contrat de travail puisque la sécurité sociale est une compétence attribuée au législateur fédéral* [art. 6, § 1er, VI, dernier alinéa, 12<sup>o</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980, modifiée par la loi spéciale du 8 août 1988] »; Cour d'arbitrage, n° 88/93, 22 décembre 1993, M.B., 1er mars 1994; dans le même sens, voir Cour d'arbitrage, n° 23/92, 2 avril 1992, M.B., 8 mai 1992; n° 24/92, 2 avril 1992, M.B., 20 mai 1992; n° 32/92, 23 avril 1992, M.B., 30 mai 1992; n° 78/92, 17 décembre 1992, M.B., 19 janvier 1993; n° 74/93, 21 octobre 1993, M.B., 13 novembre 1993.

(54) Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999, M.B., 28 mai 1999; Conseil d'Etat, dép. légis., 17 décembre 1998, n° L. 28.583/3, Doc. Parl., VI., Parl., 1998-99, n° 1239/3, 7-12.

(55) Voir Exposé des motifs, Doc. Parl., VI., Parl., 1998-99, n° 1239/1, 5.

qui y ont donné lieu, ne joue aucun rôle dans cet aspect de l'aide aux personnes (56). Le fait de couvrir les frais de prestations non médicales d'aide et de services à des personnes présentant une autonomie amoindrie peut être considéré comme une forme d'aide aux personnes qui, compte tenu de la situation d'autonomie amoindrie même, subissent un certain état de détresse. *«Aucune des exceptions aux compétences communautaires énumérées sous l'article 5, §1, II, 2<sup>o</sup>, n'est pertinente dans le présent cas»*, conclut le Conseil d'Etat.

Ensuite, le Conseil se demande aussi si, avec l'assurance-dépendance proposée, la Communauté flamande ne s'aventure pas sur le terrain de la sécurité sociale : *«La manière dont l'assurance-dépendance est conçue dans la proposition en question n'est pas un régime de nature à faire usage du système existant de la sécurité sociale fédérale. Le financement de l'assurance-dépendance, qui est axée sur un nouveau risque social, s'effectue sur la base d'un régime de solidarité qui s'avère ne pas avoir de liens avec les sources de financement de la sécurité sociale existante. Par conséquent, il n'est pas porté atteinte à la compétence du gouvernement fédéral»*. En d'autres termes, le Conseil semble suivre le raisonnement que la 'sécurité sociale' réservée au gouvernement fédéral reste limitée au système d'assurances pour les travailleurs qui sont financées à l'aide de cotisations sur le travail.

Le Conseil fonde cette conclusion sur le contexte dans lequel l'article 6, §1, VI, alinéa 5, 12<sup>o</sup>, LSRI, doit être situé, plus précisément à savoir : la protection de l'union monétaire et économique de la Belgique. Le Conseil observe à ce sujet que *«les Communautés, lors de la mise en place d'une assurance-dépendance, doivent exercer leurs compétences en prenant en considération le cadre normatif général de l'union économique et de l'unité monétaire (voir article 6, §1, VI, troisième alinéa, LSRI). Le financement de l'assurance-dépendance ne pourra par conséquent pas s'effectuer par des cotisations provenant de revenus sur le travail, étant donné que l'introduction de telles cotisations est susceptible d'exercer une influence sur l'union économique et monétaire belge. Une assurance-dépendance qui reposerait sur un tel financement, ne pourrait être introduite que par le gouvernement fédéral. Rien n'indique cependant que le régime proposé prend pour point de départ des cotisations sur les revenus du travail. Ce régime reste donc à l'intérieur du cadre de l'union économique et monétaire»*. On remarquera que le Conseil reconnaît ici explicitement que les deux niveaux de gouvernement sont compétents pour instituer une assurance-dépendance, en fonction de la technique de financement.

---

(56) Comp. Conseil d'Etat, dép. légis., 12 novembre 1996, n° L. 25.285/8, à propos de la proposition qui a mené au décret du 23 juin 1998 portant aide supplémentaire aux personnes se trouvant dans une situation d'insécurité juridique à la suite de circonstances de guerre, de répression et d'épuration, *Doc. Parl.*, VI., Parl., 1995-1996, n° 298/2, 9.

Par ailleurs, le Conseil fait encore observer que l'assurance-dépendance ne représente pas non plus une atteinte à la compétence fédérale en matière d'allocations aux personnes handicapées, y compris des dossiers individuels (article 5, §1, II, 4<sup>o</sup>, a, LSRI) (57). Le Conseil se réfère ici à un certain nombre d'avis plus anciens (58).

A notre avis, c'est à juste titre que le Conseil d'Etat limite le sens de la notion de 'sécurité sociale' aux régimes de sécurité sociale qui s'adressent aux actifs et qui sont financés par des cotisations sur le travail ou les revenus professionnels (59). L'exception en matière de sécurité sociale sous l'article 6, §1, VI, alinéa 5, 12<sup>o</sup>, LSRI trouve en fin de compte sa justification dans la nécessité de sauvegarder l'union économique et monétaire et la libre circulation des services et des personnes (60). Une décentralisation de la compétence en matière de sécurité sociale, où la technique actuelle de financement serait conservée, mènerait en effet à une différenciation des cotisations de sécurité sociale. A son tour, celle-ci provoquerait une différenciation dans le coût des salaires et de production, ce qui pourrait conduire à un 'dumping social' (61). Par ailleurs, une différenciation en fonction des communautés conduirait à la situation tout à fait indésirable que les charges sociales pourraient différer selon l'appartenance à une communauté du travailleur intéressé. Une différenciation des régimes financés par des moyens généraux ou via des cotisations à une assurance populaire n'entraîne pas par contre ce même effet dérangeant, puisqu'ils ne reposent pas sur des cotisations émanant des revenus du travail. Une telle différenciation est en effet neutre pour l'employeur.

Tout bien pesé, ceci mène à la thèse que la notion 'sécurité sociale' sous l'article 6 LSRI doit être interprétée dans un sens limité. Il s'agit seulement d'assurances sociales dont le champ d'application personnel et le mode de financement renvoient aux

---

(57) «Il ressort des travaux préparatoires parlementaires qu'étaient entendues par 'allocations' les seules interventions de remplacement du revenu. L'attribution de chèques-soins, comme visée dans la proposition de décret relatif à l'assurance-dépendance, est étrangère aux interventions de remplacement des revenus, visées dans la législation fédérale. Même si le régime proposé devait être censé cadrer dans la "politique des handicapés", il faut néanmoins conclure que la proposition ne touche pas aux aspects de la politique des handicapés pour laquelle le gouvernement fédéral a gardé ses compétences».

(58) Voir, entre autres, Conseil d'Etat, dép. légis., 8 juillet 1996, n° L.25.298/8/1, *Doc. Parl.*, Chambre, 1995-1996, n° 607/14, 7-9 ; Voir aussi Conseil d'Etat, dép. légis., 31 mai 1996, n° L.25.169/1, *Doc. Parl.*, Chambre, 1995-1996, n° 607/1, 149 ; Voir également D. Pieters et S. Vansteenkiste, *o. c.*, 1-16.

(59) Ce point de vue du Conseil se retrouvait déjà implicitement dans toute une série d'avis antérieurs, voir S. Vansteenkiste, "Coherenties en incoherenties in de persoonsgebonden aangelegenheden", in Vansteenkiste, S., et Taeymans, M., (eds.), *Sociaal Beleid en Federalisme*, Vlaamse Staatsrechtconferentie 1998, Bruxelles, Larcier, 1999, p. 129 s.s.

(60) Pour une définition des caractéristiques d'une union économique, voir *Doc. Parl.*, Chambre, 1988, n° 516/1, p. 9.

(61) Voir détail Demeester, N., et Yvergniaux, R., *Normatieve en macro-economische analyse van de interregionale stromen in de sociale zekerheid*, Groupe de recherche flamand Sécurité Sociale 2002, Acco, Louvain, 1994, premier chapitre.

activités professionnelles de l'assuré. Actuellement, la totalité de l'arsenal d'assurances sociales existant relève de ce modèle. A notre avis, les nouvelles formes de protection sociale, comme désormais l'assurance-dépendance flamande, ne relèvent pas de l'exception, à condition qu'elles adoptent la forme d'une assurance populaire ou qu'elles soient financées à l'aide du budget général. Les lignes ci-dessus ne s'appliquent expressément pas à l'assurance-maladie-invalidité, parce que celle-ci, en effet, est explicitement exclue du domaine des compétences des communautés (62).

Comme déjà signalé, la Cour d'arbitrage est également arrivée à la conclusion que l'assurance-dépendance flamande n'est pas inconciliable avec la compétence fédérale exclusive en matière de sécurité sociale (63). Dans son récent deuxième arrêt sur l'assurance-dépendance, la Cour d'arbitrage confirme la compétence de la Communauté flamande (64). La Cour ne procède cependant pas comme le Conseil d'Etat en définissant la notion de 'sécurité sociale' dans la LSRI. La Cour postule : *"En réservant la matière de la sécurité sociale à l'autorité fédérale, le législateur spécial a entendu interdire que les communautés et les régions puissent s'immiscer dans la réglementation établie par l'autorité fédérale. Toutefois, en ce qu'il a attribué aux communautés la compétence de prendre des mesures d'aide en faveur des catégories de personnes mentionnées en B.3.3, il a nécessairement admis que puissent être aidées par ces mesures des personnes qui peuvent bénéficier, par ailleurs, du système de sécurité sociale. Ces deux attributions de compétence doivent s'interpréter de la manière qui les rend compatibles. (...) Devraient être considérées comme excédant la compétence d'une communauté les mesures par lesquelles elle prétendrait modifier une règle de sécurité sociale, la remplacer, y déroger ou l'abroger"*. Dans cette situation précise, ce n'est manifestement pas le cas, même si la Cour n'indique pas quelle législation doit être considérée comme étant une 'règle de sécurité sociale'. La Cour semble cependant accepter que l'assurance-dépendance de la Communauté flamande puisse être complémentaire à la sécurité sociale fédérale : *"Mais une communauté n'excède pas ses compétences si, dans l'exercice des compétences qui lui sont attribuées en matière d'aide aux personnes, elle accorde à certaines d'entre elles une aide particulière, distincte de celles qui sont accordées par le régime de sécurité sociale organisé par l'autorité fédérale, et sans toucher à une matière réservée à celle-ci"*.

Il nous semble que la Cour d'arbitrage abandonne ici l'idée que la 'sécurité sociale' constituerait une compétence exclusive. Les deux niveaux gouvernementaux peuvent en effet accorder de 'l'aide' à des personnes. La Communauté fait ceci dans le cadre de ses compétences en vertu de l'article 5, §1, II, LSRI. L'autorité fédérale le fait sous la forme du 'système de sécurité sociale'. Ce n'est que si la Communauté porte atteinte à ce système de sécurité sociale qu'il est question d'un dépassement des

(62) Voir article 5, §1, I, 1<sup>o</sup>, c, LSRI.

(63) Cour d'arbitrage, n° 33/2001, 13 mars 2001, M.B., 27 mars 2001.

(64) Cour d'arbitrage, n° 8/2003, 22 janvier 2003.

compétences. Dans son effet pratique, un tel raisonnement ne mène pas à une répartition exclusive des compétences mais à des compétences concurrentes, où une priorité est accordée à la réglementation à condition que celle-ci fasse formellement partie du système de sécurité sociale.

La Cour ne définit pas la notion de 'sécurité sociale' mais, par la formulation utilisée, elle suggère fortement qu'il s'agit de régimes formellement repris dans le système de sécurité sociale. Ce système formel de sécurité sociale pourrait être identifié à l'aide des définitions de droit positif du concept de 'sécurité sociale' en droit belge. L'introduction de la notion 'sécurité sociale' en droit belge remonte à l'arrêté-loi de 1944 sur la sécurité sociale des travailleurs salariés (65). Cette loi ne fournit aucune définition de la sécurité sociale mais groupe de manière pragmatique un certain nombre de dispositions pour les travailleurs salariés. Ce regroupement de dispositions ne correspond pas totalement à la notion de sécurité sociale usuellement utilisée par la doctrine. Par exemple, la loi comporte des dispositions en matière de congés annuels, mais aucune disposition relative aux accidents du travail. De plus, le système pour les travailleurs indépendants n'est pas, non plus, inclus dans la notion de sécurité sociale (66), tout comme un certain nombre de réglementations relatives à la 'sécurité sociale' du personnel nommé de la fonction publique. La Loi portant les principes généraux de la sécurité sociale pour travailleurs salariés énumère une liste des régimes concernés par la sécurité sociale des travailleurs salariés (67). Dans cette disposition également, le système des travailleurs indépendants reste en plan et le régime relatif aux congés payés est compris comme faisant partie de la sécurité sociale. Dans les deux lois mentionnées, les régimes du minimum d'existence restent en dehors du concept de sécurité sociale.

La définition la plus globale de la notion de 'sécurité sociale' se présente cependant dans la législation postérieure à l'introduction de la loi spéciale. Ainsi, nous pouvons faire référence à la définition dans l'article 1 de la Loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque Carrefour de la sécurité sociale (68), également reprise dans l'article 2, 1° de la Loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social (69). Le concept de sécurité sociale utilisé ici comprend

(65) Loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, M.B., 27 juin 1969.

(66) Le régime de sécurité sociale des indépendants : A.R. n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

(67) Notamment, les indemnités de maladie et d'invalidité, les allocations de chômage, les pensions de retraite et de survie, les indemnités du chef d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle, le remboursement de soins médicaux, les allocations familiales et les congés payés annuels. cf. article 21 de la Loi relative aux principes généraux de la sécurité sociale pour travailleurs salariés du 29 juin 1981, M.B., 2 juillet 1981.

(68) M.B., 22 février 1990, *err. B.S.*, 2 juin 1990, *err. B.S.*, 2 octobre 1990.

(69) M.B., 6 septembre 1995.

tant la sécurité sociale des travailleurs salariés (70), tous les régimes du secteur public qui remplissent une fonction équivalente, les régimes de sécurité sociale pour les indépendants (71), la sécurité sociale d'outre-mer (72), l'aide sociale (73), que les régimes complémentaires attribués par les Fonds de sécurité d'existence. C'est sans doute cette définition large qui doit être utilisée pour restituer l'intention du législateur spécial au moment où 'la sécurité sociale' a été réservée au législateur fédéral.

Même si l'arrêt de la Cour offre une solution pratique à l'assurance-dépendance, à terme, il ne pourra sans doute pas continuer à servir de base pour résoudre de futurs conflits frontaliers dans le domaine de la protection sociale. En effet, le raisonnement de la Cour n'est pas exempt d'un certain nombre de faiblesses. En premier lieu, il y a lieu de souligner que les définitions légales de la sécurité sociale sont plus récentes que la LSRI. Par conséquent, le législateur spécial ne peut s'être référé à ces définitions lorsqu'il utilisait la notion de 'sécurité sociale'. On peut, il est vrai, objecter que, sans doute, cette définition était inexistante, mais que le législateur spécial avait néanmoins en tête un concept similaire. Même s'il n'avait pas été couché sur le papier en tant que tel, il y avait bel et bien un système de sécurité sociale bien défini au moment où le législateur spécial a fait son travail. C'est effectivement le cas, mais une deuxième problématique surgit ensuite.

Si le législateur spécial a eu l'intention de se référer à la réglementation généralement connue à l'époque sous le nom de sécurité sociale – ce qui pour le législateur spécial était tellement évident que la question de la définition ne s'est posée à aucun moment lors des travaux préparatoires – restent deux interprétations possibles :

■ Primo, il s'agit de la sécurité sociale telle qu'elle existait à l'époque. Cette interprétation est naturellement difficilement acceptable parce qu'elle signifierait que la réserve fédérale à l'égard de la sécurité sociale n'est pas dynamique et que de nouvelles formes et techniques de protection sociale, de nouveaux risques sociaux, et cetera, ne tomberaient pas sous la sécurité sociale et échapperaient ainsi à la compétence fédérale.

(70) Il s'agit de tous les régimes énumérés dans l'article 21 de la loi du 29 juin 1981 relative aux principes généraux de la sécurité sociale pour travailleurs salariés, ainsi que de la sécurité sociale pour les marins de la marine marchande et pour les mineurs.

(71) Voir Arrêté n° 38 du 27 juillet 1967 portant instauration du statut social des indépendants, M.B., 29 juillet 1967, err. M.B., 2 décembre 1967.

(72) Tous les régimes énumérés à l'article 12 de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer ou visés par la loi du 16 juin 1960, qui charge les organismes de la gestion de la sécurité sociale des travailleurs salariés du Congo Belge et qui porte garantie de L'Etat belge pour les prestations sociales en faveur de ces travailleurs assurés.

(73) Etant les allocations aux handicapés, le droit à un minimum d'existence les allocations familiales garanties et le revenu garanti pour les personnes âgées.

■ *Secundo*, il s'agit d'un concept dynamique et le système fédéral de sécurité sociale peut être étendu à loisir par le législateur fédéral à de nouveaux régimes, de nouvelles techniques, de nouveaux groupes cibles, de nouveaux risques sociaux, et cetera. Mais, cette interprétation aussi est difficilement acceptable. Cela signifierait en effet que le législateur fédéral pourrait étendre de manière autonome ses compétences exclusives par une simple loi au détriment des Communautés. Il suffirait de ranger les matières en question, formellement, parmi les composantes de la sécurité sociale. Ceci va naturellement tout à fait à l'encontre des principes de base de la structure de l'Etat fédéral.

La réponse de la Cour d'arbitrage à la question des compétences est sans doute insatisfaisante parce qu'elle passe outre la technique de la répartition des compétences exclusives. De quelque façon que l'on considère le problème, tant la sécurité sociale que l'aide aux personnes ont été conçues comme des compétences exclusives dans la LSRI, et non comme des synonymes d'une seule et même matière reprise dans un système de compétences concurrentes. Partant de ce constat, le Conseil d'Etat trace une ligne de partage relativement claire et, à notre avis, utile entre les deux sphères de compétences ; dans son arrêt la Cour ne le fait pas.

#### 4. SECURITE SOCIALE EUROPEENNE

---

##### 4.1. COORDINATION

Au sein de l'Union européenne, nous constatons que, jusqu'à ce jour, les Etats membres donnent corps à leur sécurité sociale nationale en toute autonomie. Cette compétence quasi-exclusive des Etats membres doit être conciliée avec les grands principes du Traité, et notamment avec la libre circulation des travailleurs. C'est cette nécessité qui explique l'existence de la seule compétence « dure » de l'Union européenne sur le plan de la sécurité sociale : le mandat donné au Conseil des Ministres d'élaborer un régime de coordination pour la sécurité sociale, tel que prévu dans l'article 42 du Traité de Rome (74).

La disposition de l'article 42 (ex 51) a constitué la base pour l'introduction des Règlements CEE n<sup>os</sup> 3 et 4. Ces Règlements ont été modifiés à plusieurs reprises et finalement remplacés par les Règlements 1408/71 et 574/72 qui, à leur tour, ont été ou sont amendés avec la régularité du pendule (75).

---

(74) Pour une discussion des compétences européennes en matière de sécurité sociale, voir Vansteenkiste, Steven, *Sociale zekerheid, federalisme en de Europese Gemeenschap*, Acco, Louvain, 1995, p. 313-412.

(75) Règlement CE n<sup>o</sup> 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale sur les travailleurs et leur famille, qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, J.O., 5 juillet 1971, livr. 149, 2, qualifié ci-après de 'Règlement 1408/71'.

Le Règlement 1408/71 comporte un certain nombre de règles qui permettent aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants ainsi qu'aux membres de leur famille d'être mobiles au sein de l'Union européenne sans pour autant perdre leurs droits à la sécurité sociale. Nous le répétons, le Règlement ne change en principe rien au droit de sécurité sociale des Etats membres. Normalement, le Règlement apporte uniquement des solutions aux problèmes qui naissent dans les cas dits 'transfrontaliers'. Par exemple, le Règlement comporte des règles qui décident quel Etat membre est compétent dans chaque cas concret. En principe, ceci doit avoir pour résultat que le droit de sécurité sociale d'un seul Etat membre s'applique à une personne déterminée. La règle d'or dans ce contexte étant que l'Etat membre où l'on travaille est également l'Etat membre où l'on est assuré social. Par ailleurs, le Règlement prévoit l'addition des périodes d'emploi, des périodes d'assurance, des périodes de paiement des cotisations, et cetera, ayant été accomplies dans différents Etats membres. Enfin, le Règlement autorise la perception des allocations auxquelles peut prétendre une personne déterminée d'après le droit de l'Etat membre compétent, dans d'autres Etats membres. En d'autres termes, la coordination doit éviter que, du fait de la naissance de conflits légaux positifs et négatifs en cas de circulation transfrontalière, le droit national de sécurité sociale, constitue un frein à la mobilité des travailleurs salariés et des indépendants à l'intérieur du marché commun.

#### 4.2. **APPLICABILITE DU REGLEMENT 1408/71 A L'ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE**

La question qui se présente à ce propos est de savoir si l'Assurance-dépendance flamande relève du domaine matériel d'application du Règlement 1408/71 (76).

En vertu du premier alinéa de l'article 4 du Règlement, ce dernier est uniquement applicable aux prestations de sécurité sociale. Pour la portée de la notion de sécurité sociale, il convient de se référer à la jurisprudence constante de la Cour de Justice, qui opère une distinction entre les prestations qui relèvent du Règlement et les prestations qui n'en relèvent pas sur la base de deux critères. Ce *distinguo* repose sur les éléments constitutifs de chaque prestation, c'est-à-dire le but qu'elle vise et les conditions dans lesquelles elle est octroyée, et non sur le fait de savoir si une prestation est qualifiée ou non par une législation nationale d'allocation de sécurité sociale (77).

Selon cette jurisprudence, une prestation peut être considérée a priori comme une prestation de sécurité sociale lorsqu'elle est accordée, sans appréciation individuelle et discrétionnaire des besoins personnels, aux bénéficiaires sur la base d'une position définie par la loi. Si une telle liberté d'appréciation existe effectivement, il ne

(76) Pour un traitement plus approfondi de cette question, nous renvoyons volontiers à Goyens, Floris, *Vlaamse zorg in EG-Verordening 1408/71*, TSR, 2002/1, p. 29-69.

(77) Voir, par exemple, Cour de Justice, 2 août 1993, *Acciardi*, n° C-66/92, *Recueil*. 1993, I-4567.



s'agit pas de sécurité sociale mais d'aide sociale. En vertu de l'article 4, dernier alinéa, les régimes d'aide sociale et médicale ne ressortissent pas au domaine d'application du Règlement. Observez, par la même occasion, que la notion européenne d'aide sociale ne coïncide pas nécessairement avec la définition nationale de celle-ci. Par exemple, selon le droit européen, le revenu garanti aux personnes âgées en Belgique est effectivement une allocation de sécurité sociale et non une aide sociale (78).

Le deuxième critère est que la prestation a un lien avec l'une des éventualités expressément citées dans l'article 4, alinéa 1, du Règlement 1408/71 (79). Selon cette disposition, le Règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent :

- les prestations de maladie et de maternité ;
- les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain ;
- les prestations de vieillesse ;
- les prestations aux survivants ;
- les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle ;
- les allocations de décès ;
- les prestations de chômage ;
- les prestations familiales.

Lorsque nous appliquons maintenant les deux critères à l'assurance-dépendance flamande, aucun doute ne peut subsister : celle-ci ressortit au champ d'application du Règlement 1408/71. Nous avons expliqué ci-dessus qu'il s'agit d'une assurance sociale obligatoire contre les coûts de l'aide non médicale qui sont la conséquence d'une perte d'autonomie. L'assurance-dépendance donne à l'utilisateur sous certaines conditions un droit subjectif à des prestations. Les conditions pour pouvoir bénéficier de la prestation sont des critères objectivement contrôlables, l'octroi ne dépend pas d'une appréciation discrétionnaire des institutions d'exécution (80).

Pour ce qui concerne le rattachement du contenu à l'un des risques sociaux énumérés dans l'article 4, alinéa 1, du Règlement, nous pouvons faire référence à la jurisprudence existante de la Cour de Justice. La *Pflegeversicherung* tant allemande

(78) Goyens, o.c., p. 36 et la jurisprudence qui y est citée.

(79) Voir en premier lieu l'arrêt Molenaar, C-160/96, *Recueil* I-843, du 5 mars 1998, point 20. Il s'agit ici de la *Pflegeversicherung* autrichienne, qui, du point de vue du contenu, est comparable à l'assurance-dépendance flamande. Par ailleurs, nous pouvons également renvoyer à l'arrêt de la Cour de Justice du 16 juillet 1992, Hughes, C-78/91, *Recueil* I-4839, point 14 ; Cour de Justice, arrêt du 15 février 2000, Commission des Communautés européennes contre la République française, C-169/98, *Recueil* I-1049, point 32).

(80) Voir articles 5 et 6 du décret, et les articles 28 et 31 Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance.

qu'autrichienne couvrent un risque social similaire à celui de l'assurance-dépendance flamande. La Cour a dû se prononcer sur l'applicabilité du Règlement à ces régimes. Dans les deux cas, la Cour est arrivée à la conclusion que le Règlement s'applique et, chaque fois, la Cour a jugé qu'il s'agissait de « prestations de maladie » au sens de l'article 4, alinéa 1, sous a, du Règlement 1408/71 (81).

Pour la qualification en tant que 'sécurité sociale' au sens du Règlement, la manière dont les prestations sont financées n'a guère d'importance (82). Le mode de financement a par contre un grand intérêt pour la qualification de deux exceptions aux règles de coordination.

La première exception concerne les prestations dites non contributives. De telles prestations sont exclues totalement de la portée du Règlement lorsqu'elles ne sont attribuées que sur une partie du territoire d'un Etat membre et à condition qu'elles soient explicitement mentionnées dans les annexes du Règlement (83). Les autres prestations non contributives peuvent uniquement être perçues sur le territoire de l'Etat membre où habite le bénéficiaire et conformément à la législation de cet Etat membre, à condition qu'elles offrent une couverture complémentaire par rapport à la liste énumérée de prestations sous l'article 4, premier alinéa (voir ci-dessus). Ici, aussi, une mention explicite est exigée dans les annexes (84). Remarquons que la mention dans les annexes est une condition nécessaire, mais non suffisante (85).

Les régimes non contributifs sont ceux qui ne sont pas financés via des 'cotisations sociales'. Il ressort de la jurisprudence que les régimes de sécurité sociale ne peuvent être considérés comme prestations non contributives lorsqu'ils sont intégralement financés par des moyens non spécifiquement destinés à des prestations de soins ou à d'autres prestations de sécurité sociale (86).

---

(81) Cour de Justice, 5 mars 1998, M. Molenaar, B. Fath-Molenaar c. Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg, n° C-160/96, *Recueil* 1998, I-843; Cour de Justice, 8 mars 2001, F. Jauch c. Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, C-215/99, *Recueil* 2001, I-1901.

(82) Article 4, alinéa 2, Règlement 1408/71.

(83) Article 4, alinéa 2ter, Règlement 1408/71. La mention doit être faite dans l'Annexe II, Section III du Règlement.

(84) Article 10bis, Règlement 1408/71. La mention doit être faite dans l'Annexe II bis du Règlement. Dans cette annexe figurent aussi les régimes belges suivants : prestations pour handicapés, revenu garanti aux personnes âgées et allocations familiales garanties.

(85) Cour de Justice, 8 mars 2001, F. Jauch c. Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, C-215/99, *Recueil* 2001, I-1901.

(86) Voir à ce propos Goyens, F., *o.c.*, p. 42-47.

Sous sa forme actuelle, l'assurance-dépendance flamande ne peut être considérée comme une prestation non contributive. Le décret prévoit en effet expressément le financement partiel de l'assurance-dépendance via des 'cotisations de solidarité', à payer obligatoirement par tous les affiliés (87). Le droit à prestations est même assujéti au fait d'avoir payé les cotisations (88).

#### 4.3. CONSEQUENCES SUR LA REPARTITION INTERNE DES COMPETENCES EN BELGIQUE

Le Règlement 1408/71 n'a pas pour objectif d'intervenir dans le droit interne de sécurité sociale. L'Etat membre Belgique est libre d'instituer sa sécurité sociale comme il l'entend. La Cour de Justice a souligné à plusieurs reprises que les Etats membres ont la liberté *"de fixer les conditions sous lesquelles le droit ou l'obligation d'affiliation à un régime de sécurité sociale ou à une branche déterminée d'un tel régime naît, pour autant que, ce faisant, aucune distinction ne soit faite entre les sujets nationaux et les sujets d'autres Etats membres"* (89).

Le fait que, selon le droit européen, l'assurance-dépendance flamande est qualifiée de 'sécurité sociale' et de 'prestation de maladie' n'empêche pas que, dans l'ordre juridique belge, une distinction soit établie entre les soins médicaux (qui ressortissent à l'assurance-soins de santé exclusivement fédérale) et les frais non médicaux en cas de nécessité de soins (tels qu'ils sont couverts par l'assurance-dépendance flamande). Cela n'empêche pas, non plus, conformément au droit constitutionnel belge, que l'assurance-dépendance n'est pas considérée comme 'sécurité sociale' mais bien comme 'aide aux personnes'. Dans la réglementation européenne, ces notions revêtent en effet une autre signification.

Nous nous contenterons ici de souligner que la législation nationale d'autres Etats membres définit la 'sécurité sociale' d'une manière différente que le Règlement 1408/71. Ceci est d'ailleurs logique, puisque le Règlement n'a nullement l'intention d'obtenir une harmonisation des systèmes de sécurité sociale, mais vise seulement la coordination nécessaire en vue de garantir la libre circulation des travailleurs.

Le fait que, pour la première fois dans l'Union européenne, un régime qui, selon le droit européen relève de la 'sécurité sociale' ressortit à la compétence d'une région fédérée constitue une particularité belge. Le droit des Etats membres à former leur

(87) Voir l'article 13 du décret et les articles 17 et 18 Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance.

(88) L'article 20 Arrêté de l'Exécutif flamand du 28 septembre 2001 portant agrégation, enregistrement et autorisation, et portant affiliation, demande et prise en charge dans le cadre de l'assurance-dépendance.

(89) Entre autres, Cour de Justice, Brunori, déjà cité ; Cour de Justice, 15 janvier 1986, affaire n° 41/84, Pietro Pinna c. Caisse d'allocations familiales de la Savoie, 1986, *Recueil*, 1986, p. 1 ; Cour de Justice, 25 février 1986, affaire n° 254/84, G.J.J. De Jong c. Bestuur van de Sociale Verzekeringsbank, *Recueil*, 676 ; Cour de Justice, 24 avril 1980, affaire n° 110/79, U. Coonan c. Insurance Officer, *Recueil*, 1980, p. 1445 ; Cour de Justice, 21 février 1991, affaire n° C-245/88, Daalmeijer c. Bestuur van de Sociale Verzekeringsbank, *Recueil*, 1991, I-573 ; Cour de Justice, 4 octobre 1991, affaire n° C-349/87, E. Paraschi c. Landesversicherungsanstalt Württemberg, *Recueil*, 1991, p. I-4501.

système de sécurité sociale de manière autonome comporte également pour un Etat membre la possibilité de confier constitutionnellement certaines prestations estampillées ‘sécurité sociale’ au niveau européen à la compétence des régions fédérées, comme cela s’est produit avec l’assurance-dépendance en tant que partie intégrante de la compétence en matière d’aide aux personnes. La conséquence de ce modèle fédéral est qu’une forme déterminée de ‘sécurité sociale’ est organisée de manière autonome par les communautés distinctes, comme c’est le cas pour tant d’autres compétences. *Dans ce cas précis*, ce modèle en Belgique mène actuellement à la présence d’une assurance-dépendance dans l’une des Communautés et à son absence dans les autres. Pour les habitants de la Belgique, cela entraîne comme conséquence que leur assujettissement à l’assurance-dépendance dépend du lieu de leur domicile.

Sous ce rapport, nous pouvons par ailleurs souligner que le Règlement n’est pas adapté à l’existence de “régimes de sécurité sociale” (selon le droit européen) que créent les régions fédérées au sein d’un Etat fédéral. En effet, pour chaque situation transfrontalière, le Règlement désigne un Etat membre compétent (dans le cas présent, la Belgique), sans tenir compte de l’existence de régimes divergents sur le plan territorial au sein d’un Etat membre (*in casu* pour la Communauté flamande). Ceci exige une interprétation du Règlement. Là où la formulation des règles de désignation du Règlement recourt aux concepts “travailler” ou “résider” en Belgique, il y a chaque fois lieu d’entendre ici “travailler” ou “résider” dans la “Région flamande ou la Région de Bruxelles-Capitale”. Toute autre interprétation mènerait en effet à des conséquences absurdes. Concrètement, cela signifie qu’il y a lieu d’abord de déterminer – à l’aide du droit européen – que la sécurité sociale belge s’applique à une personne qui habite dans un autre Etat membre. En deuxième lieu, il faut ensuite examiner si cette personne travaille en Région flamande, dans la Région de Bruxelles-Capitale ou en Région wallonne. Si cette personne travaille en Région flamande, le décret s’appliquera obligatoirement, si elle travaille dans la Région de Bruxelles-Capitale, elle aura le même le choix que les habitants de cette Région, par contre, si elle habite dans la Région wallonne, le décret ne s’applique pas. Si l’intéressé travaille simultanément dans différentes Régions, il y a lieu d’appliquer les mêmes règles de désignation que celles utilisées dans le Règlement européen en cas d’emploi dans différents Etats membres.

Enfin, il faut souligner que le Règlement 1408/71 n’exerce aucun effet sur les situations qui sont purement internes à un Etat membre déterminé (90). Le droit CE n’oblige d’aucune façon la Communauté flamande à assurer des personnes qui travaillent dans la Région flamande mais qui résident en Région wallonne. De la même manière, le droit européen permet à la Communauté flamande d’instaurer un régime obligeant les habitants de la Région flamande à s’assurer, indépendamment du fait qu’ils travaillent éventuellement dans la Région de Bruxelles-Capitale ou dans la

(90) Voir, par exemple, Cour de Justice, 22 septembre 1992, *Petit*, n° 153/91, *Recueil*, 1992, I, 4973.

Région wallonne. Le fait que, le cas échéant la Communauté française instituerait elle-même une assurance-dépendance, n'y change strictement rien - du moins du point de vue du droit européen.

Le Règlement a donc pour effet qu'une personne qui travaille en Flandre, alors que son lieu de résidence est aux Pays-Bas, est obligatoirement couverte par l'assurance-dépendance et qu'elle en aura tous les avantages et charges. Cette même personne qui aurait son domicile en Wallonie mais travaillerait en Flandre, est par contre exclue de l'application du décret. Cet apparent "traitement inégal" heurtera sans doute à première vue un certain nombre d'observateurs. Peut-on parler de discrimination ? D'un point de vue juridique, il n'y a pas le moindre problème, il s'agit en effet de cas inégaux, qui voient le jour au croisement de la réglementation intérieure belge et du rôle coordinateur du droit européen. En tout premier lieu, le modèle fédéral belge permet aux Communautés et aux Régions d'accorder des droits et des devoirs aux personnes qui habitent ou résident sur leur territoire. Il en résulte naturellement des différences entre Belges, en fonction de la Communauté ou de la région linguistique où ils habitent. Maintenant que les Communautés ont dans leurs compétences l'assurance-dépendance, des différences naissent aussi sur ce plan. Ici, il n'est naturellement pas question de discrimination, mais d'une conséquence logique du choix d'un modèle fédéral. Le droit européen détermine en tout premier lieu le droit de sécurité sociale applicable aux cas transfrontaliers. Pour le Néerlandais qui vient travailler en Belgique se pose la question de savoir à quel droit il est soumis : celui de son domicile ou celui de son lieu de travail. Le Règlement désigne le lieu de travail comme l'Etat compétent. Il est donc soumis au droit belge, pour la totalité de sa sécurité sociale. Au sein de l'ordre juridique belge, on procède à l'examen pour savoir s'il ressortit, ou non, à l'assurance-dépendance flamande. Sans l'application du Règlement 1408/71, ce Néerlandais serait affilié tant aux assurances populaires néerlandaises sur la base de son domicile qu'aux assurances belges pour les travailleurs salariés sur la base de son emploi. Le Règlement sert précisément à résoudre de tels conflits légaux. L'habitant de la Région wallonne qui vient travailler en Flandre se trouve dans une situation qui n'est pas comparable. Il n'est pas question d'une situation transfrontalière. Pour la totalité de sa situation de sécurité sociale, il ressortit au droit belge. Dans l'ordre juridique interne belge, les choses sont ensuite telles que certaines prestations en matière d'aide aux personnes, comme l'assurance-dépendance, sont décentralisées et, donc, diffèrent en fonction du lieu du domicile. Dans ce domaine, les Communautés font des choix de manière autonome. La Communauté flamande a instauré un régime, la Communauté française pas (encore).

En d'autres termes, la situation du travailleur migrant sur le plan international qui vient travailler en Flandre au départ d'un autre Etat membre n'est pas comparable à celle d'un migrant infrarégional qui vient travailler en Flandre, venant de Bruxelles ou de Wallonie. Alors que, du fait de son emploi en Flandre, le premier ressortit à la sécurité sociale belge et disparaît donc de la sécurité sociale de son pays de résidence, le dernier cité reste assujéti à la sécurité sociale belge avant et après sa 'migra-

tion'. Pour le premier, il faut examiner – maintenant qu'il ressortit à la sécurité sociale belge tout en n'ayant pas de lieu de résidence en Belgique – s'il est couvert par le champ d'application de l'assurance-dépendance. A défaut d'un lieu de résidence, le critère est le lieu de travail. Pour le dernier cité, le règlement européen ne s'applique pas, par conséquent, c'est exclusivement le lieu de résidence qui détermine à quel droit communautaire il ressortit.

#### 4.4. DOMAINE D'APPLICATION PERSONNEL

Le Règlement 1408/71 comporte une série de règles qui doivent avoir pour effet, dans les situations transfrontalières, qu'en principe ne s'applique que la législation d'un seul Etat membre. En vertu de l'article 13 du Règlement, il s'agit en principe de la législation de l'Etat membre dans lequel travaille l'intéressé (91). L'application de ces règles d'application comporte une exception au critère de lieu de résidence prévu dans le décret sur l'assurance-dépendance.

L'application du Règlement 1408/71 implique que les personnes suivantes seraient soumises à l'application du décret :

- Celles qui ont leur domicile en Flandre, à l'exception de celles pour qui, du fait d'un emploi dans un autre Etat membre, le Règlement CE 1408/71 a désigné un autre Etat membre compétent ;
- Celles qui, sur la base des règles de désignation du Règlement CE n° 1408/71 sont assujetties à la législation de sécurité sociale belge (à cause d'un emploi en Flandre).

Ne sont pas assujetties :

- Les personnes qui habitent en Flandre, mais qui, sur la base des règles de désignation du Règlement CE n° 1408/71, sont assurées sous la législation d'un autre Etat membre.

A ceci, il faut remarquer le fait qu'une légère modification du décret s'impose. Le décret comporte en effet un certain nombre de dispositions qui ne sont pas conciliables sans plus avec le droit européen ; plus particulièrement en ce qui concerne la fixation du champ d'application personnel du décret et l'application des conditions de séjour aux migrants et travailleurs transfrontaliers intracommunautaires.

Cela ne signifie pas que la condition de domiciliation en tant que critère d'affiliation doive être totalement aboli. Toutefois, d'une part, il faut clairement laisser entendre qu'il n'y a pas d'obligation d'affiliation pour ceux qui, habitant en Flandre, exercent des activités professionnelles sur le territoire d'un autre Etat membre et qui, de ce fait, ressortissent à la sécurité sociale de ce dernier. D'autre part, il faut également laisser clairement entendre que l'assurance-dépendance flamande s'applique obliga-

---

(91) Cette règle principale n'est pas exempte de subtilités et d'exceptions, par exemple dans les cas d'un emploi temporaire dans plusieurs Etats membres ou d'un détachement temporaire. Voir à ce propos les articles 14, 14bis, 14quater et 17 du Règlement 1408/71.

toirement aux personnes qui habitent dans un autre Etat membre mais qui ont leur lieu de travail en Flandre et qui, à la suite de cela, ressortissent à la sécurité sociale belge en application du droit européen.

Pour répondre à la réglementation européenne, il peut suffire d'insérer dans le décret une disposition qui reconnaît l'applicabilité de la réglementation de coordination européenne (92).

#### 4.5. ADDITION DES PERIODES

Le décret sur l'assurance-dépendance pose plusieurs conditions de séjour et d'affiliation à l'ouverture du droit aux prestations. Par exemple, il est exigé que l'intéressé habite de façon ininterrompue depuis au moins cinq ans en Région flamande ou dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale avant de pouvoir introduire une demande de prestations (93). Pour ce qui concerne les habitants de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, il faut, en outre, qu'ils aient été affiliés de manière ininterrompue pendant au moins dix ans à une caisse de soins agréée avant de pouvoir introduire une demande de prestations (94).

Le décret ajoute encore que la condition de domiciliation préalable n'est pas exigée pour les personnes qui sont de nationalité belge ou qui sont ressortissantes d'un autre Etat membre de l'Union européenne, à condition qu'elles aient payé pendant au moins cinq ans ou payent encore les cotisations sociales pour l'assurance-dépendance.

A la lumière du Règlement 1408/71, ces dispositions ne peuvent être maintenues dans leur intégralité. En vertu de l'article 18, premier alinéa, du Règlement, il faut en effet tenir compte, pour que les conditions soient remplies, des périodes d'assurance, de travail ou de domiciliation accomplies en vertu de la législation d'un autre Etat membre. Ces périodes doivent être incluses dans les calculs comme si elles avaient été accomplies en vertu de l'assurance-dépendance flamande. En d'autres termes, les ressortissants de l'Union européenne qui étaient assurés pendant une période déterminée pour des allocations ou la fourniture de prestations en matière de 'maladie', peuvent inclure cette période pour remplir les exigences du décret sur l'assurance-dépendance. Dans ce cas de figure, cette personne ne peut se voir opposer la condition de domiciliation. Elle ne peut pas, non plus, se voir opposer la condition d'assurance qui s'applique à Bruxelles-Capitale. Enfin, il ne peut pas non plus être question d'exiger de cette personne qu'elle paye les cotisations de cinq années d'assurance.

(92) Cette même solution est utilisée dans le cadre des assurances populaires néerlandaises, voir article 6a AOW (Loi générale sur l'assurance-vieillesse) ; article 13a ANW (Loi générale sur l'assurance des survivants) ; article 6a AKW (Loi générale sur les allocations familiales) ; article 5b AWBZ (Loi générale sur les frais exceptionnels de maladie).

(93) Voir article 5, 5<sup>o</sup>, décret portant organisation de l'assurance-dépendance.

(94) Voir article 5, 6<sup>o</sup>, décret portant organisation de l'assurance-dépendance.

Pour satisfaire à la réglementation européenne, nous sommes d'avis qu'il peut également suffire, sur ce point, d'insérer une disposition dans le décret qui reconnaît l'applicabilité de la réglementation de coordination européenne

#### 4.6. FOURNITURE DE PRESTATIONS OU ALLOCATIONS ?

Pour le reste, il y a lieu d'appliquer les règles de coordination qui valent pour les prestations en cas de maladie ou de maternité (95). Pour un commentaire général de ces règles, nous nous référons ici à d'autres auteurs (96). Dans les lignes qui suivent, nous nous limitons à la distinction entre "allocations" et "fourniture de prestations" utile pour l'assurance-dépendance. La distinction n'est pas sans une certaine pertinence. Conformément au Règlement, un malade qui est soigné à l'étranger a droit à la fourniture de prestations en conformité avec la législation de l'Etat membre où il reçoit ces soins. Par contre, même en cas de séjour à l'étranger, les allocations sont accordées en accord avec la législation de l'Etat membre compétent (97).

Posé de manière simple, il est question de 'fourniture de prestations' chaque fois qu'une prestation de sécurité sociale consiste à offrir en nature certaines prestations de services ou de remboursement en espèces de services réellement fournis (par exemple, les prestations de l'assurance- soins de santé). Il est question 'd'allocations' quand une perte de revenu à la suite d'une prestation rémunérée est couverte (par exemple dans le cas de prestations dans l'assurance-incapacité de travail) (98).

Il n'est pas évident de qualifier les 'prises en charge' de l'assurance-dépendance flamande 'd'allocations' ou de 'fourniture de prestations'. Comme nous l'avons décrit ci-dessus (section 2.4), le législateur décrétoal flamand semble à première vue opter pour un système de remboursement des frais effectivement déboursés, plafonné à un montant annuel maximal (99). Ceci signifierait qu'il s'agit d'une fourniture de prestations. Après une analyse plus détaillée de l'exécution du décret, nous sommes cependant arrivés à la conclusion que, *de facto*, il convient plutôt de parler d'allocations forfaitaires à toutes les personnes nécessitant de soins, où, il est vrai, le niveau de l'allocation dépend de la forme des soins, et non plus des frais effectivement consentis. Ceci, à son tour, doit plutôt mener à la conclusion qu'il s'agit de ce qu'on appelle 'allocations'. Nous présumons qu'en cas de litige, la Cour de Justice arrivera à la conclusion, sur la base de la mise en oeuvre de fait de l'assurance-

(95) Ces règles figurent dans le Chapitre I du Titre III du Règlement.

(96) Pour une analyse générale du Règlement 1408/71, voir Jorens, Y. et Geenen, S., (ed.), *De toepassing van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 in België*, Bruges, Die Keure, 1999, 428 p.; Pennings, Frans, *Introduction to European Social Security Law*, La Haye-Londres- Boston, Kluwer Law International, 2001, 347 p.

(97) Article 22, Règlement 1408/71.

(98) Pour une analyse plus détaillée avec renvois à la jurisprudence pertinente, voir Goyens, o.c., p. 48-54.

(99) Article 3 Décret portant organisation de l'assurance-dépendance.



dépendance, qu'il s'agit d'allocations. Ce qui a pour conséquence que les prestations sont exportables, c'est-à-dire que les bénéficiaires doivent également pouvoir en bénéficier en cas de séjour dans un autre Etat membre.

## 5. QUELQUES CONCLUSIONS

Selon l'article 3 du décret sur l'assurance-dépendance, on peut lire : *“Sous réserve des conditions du présent décret et jusqu'à concurrence d'un montant annuel maximal, l'assurance soins donne droit à la prise en charge par une caisse d'assurance soins des frais encourus pour des prestations d'aide et de services non médicaux”*. Ceci constitue la *définition de la mission* du décret.

Ce faisant, un choix clair est opéré dans le décret pour la technique de l'assurance sociale, comme nous l'avons expliqué ci-dessus. La définition du risque social également ne peut entraîner que peu de contestations fondamentales.

Mais tout ce qui vient ensuite est nettement moins clair.

- Les choix essentiels en matière de financement du système, tant en ce qui concerne les recettes que les dépenses, ont entièrement été délégués à l'Exécutif.
- Nous avons déjà souligné le fait que le décret suscite, pour le moins, fortement l'impression qu'il s'agit d'un système de remboursement – plafonné, il est vrai – des frais effectivement consentis, alors que, dans l'exécution, l'option de l'allocation forfaitaire l'emporte.
- Nous sommes restés muets sur l'organe d'exécution ; néanmoins, nous pouvons également dire de celui-ci que le décret laissait la voie ouverte à beaucoup d'options et qu'il revenait à l'Exécutif d'effectuer les choix de principe. Nous n'avons pas, non plus, touché à la problématique européenne en matière de l'organe exécutif. Nous nous limiterons ici à déclarer que le choix de recourir à des caisses de soins privées (fondées par les mutualités et par les compagnies d'assurances) et d'imposer certains critères territoriaux à ces caisses de soins pourrait un jour s'avérer problématique à la lumière du droit de concurrence européen.

C'est pourquoi nous recommandons vivement au Parlement flamand de revoir sa copie et de fixer les principes essentiels de l'assurance-dépendance dans le décret. L'actuelle délégation des compétences à l'Exécutif est incontestablement beaucoup trop large. Sans une intervention du Parlement, il est à craindre que l'assurance-dépendance ne reste encore instable pendant longtemps.

Les autres contributions à ce numéro feront sans doute apparaître que, d'un point de vue économique, l'assurance-dépendance flamande n'est encore qu'un régime relativement modeste. Il n'en reste pas moins vrai que des points de vue académique et politique, elle mérite plus d'attention que celle qui lui a été accordée jusqu'à présent. En effet, nous ne pouvons que constater que, sous un grand nombre d'aspects, l'assurance-dépendance flamande est remarquable et, par certains côtés, unique. Bien que, selon le droit constitutionnel belge, l'assurance-dépendance ne puis-

se être considérée comme sécurité sociale, ni comme une forme d'assurance-soins de santé, il s'agit néanmoins de la première 'assurance sociale' au niveau d'une Communauté. Conformément au droit européen, l'assurance-dépendance relève malgré tout de la 'sécurité sociale' et, plus particulièrement, elle y est considérée comme une prestation en cas de 'maladie'. Ainsi, elle forme aussi le premier régime de sécurité sociale au niveau européen qui n'émane pas d'un Etat membre. Comme nous l'avons expliqué, cela ne soulève cependant aucun problème juridique. Il est cependant à craindre qu'il faudra une grande dose de talent de communication pour expliquer ces différents aspects à l'opinion publique et aux décideurs politiques responsables aux plans flamand et belge.

Pour conclure, nous ne pouvons que nous réjouir, à la lumière des lignes qui précèdent, que l'Association pour la sécurité sociale ait élu l'assurance-dépendance comme sujet pour le colloque qu'elle organise à la suite de sa refondation. Vu la complexité du sujet et l'instabilité de l'actuelle assurance-dépendance, cela ne sera assurément pas le dernier qui y sera consacré.

*(Traduction)*

---

# TABLE DES MATIERES

## **LA SECURITE SOCIALE FLAMANDE, BELGE ET EUROPEENNE – ASPECTS JURIDIQUES DE L’ASSURANCE-DEPENDANCE, EN DROIT BELGE ET EUROPEEN**

<b>1. INTRODUCTION : UN DECRET DESORDONNE MAIS ORIGINAL</b>	<b>35</b>
<b>2. SECURITE SOCIALE FLAMANDE</b>	<b>37</b>
2.1. LE RISQUE SOCIAL : COUTS DES PRESTATIONS D’AIDE ET DE SERVICES NON MEDICAUX . . . . .	38
2.2. LA TECHNIQUE : ASSURANCE SOCIALE OU AIDE SOCIALE ? . . . . .	39
2.3. CHAMP D’APPLICATION PERSONNEL : UNE “ASSURANCE POPULAIRE FLAMANDE” . . . . .	41
2.4. LES PRESTATIONS : ALLOCATIONS FORFAITAIRES OU REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS DETERMINEES ? . . . . .	44
2.5. LE FINANCEMENT . . . . .	46
<b>3. SECURITE SOCIALE BELGE</b>	<b>47</b>
3.1. AIDE AUX PERSONNES : COMPETENCE DES COMMUNAUTES . . . . .	47
3.2. SECURITE SOCIALE : COMPETENCE FEDERALE . . . . .	49
<b>4. SECURITE SOCIALE EUROPEENNE</b>	<b>56</b>
4.1. COORDINATION . . . . .	56
4.2. APPLICABILITE DU REGLEMENT 1408/71 A L’ASSURANCE-DEPENDANCE FLAMANDE . . . . .	57
4.3. CONSEQUENCES SUR LA REPARTITION INTERNE DES COMPETENCES EN BELGIQUE . . . . .	60
4.4. DOMAINE D’APPLICATION PERSONNEL . . . . .	63
4.5. ADDITION DES PERIODES . . . . .	64
4.6. FOURNITURE DE PRESTATIONS OU ALLOCATIONS ? . . . . .	65
<b>5. QUELQUES CONCLUSIONS</b>	<b>66</b>

# ASPECTS ECONOMIQUES D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE EN BELGIQUE FRANCOPHONE ET GERMANOPHONE (1)

PAR **RODRIGO RUZ TORRES (2)**

Chercheur au DULBEA, Université libre de Bruxelles

## 1. INTRODUCTION

Dans le présent numéro de la *Revue Belge de Sécurité Sociale*, Jousten développe une série de réflexions économiques concernant l'implémentation de l'assurance dépendance en général. Notre article passe en revue la problématique de l'introduction en pratique d'une assurance dépendance dans le cadre de la Belgique francophone et germanophone, en mettant l'accent sur des considérations complémentaires à celles de Jousten selon trois angles d'analyse : l'offre d'aide, la demande d'aide et les modalités de financement du système.

En effet, une fois établie l'utilité d'introduire une assurance dépendance publique se pose la question de la manière de la mettre en œuvre. Notamment quels individus seront-ils couverts ? Combien seront-ils ? Pour quel risque ? De quelle manière la couverture sera-t-elle financée ? Nous ne prétendons pas donner une réponse définitive à ces questions mais mettre en lumière certaines problématiques qu'elles suscitent. La présentation se concentre principalement sur les problèmes relatifs à l'assurance dépendance couvrant les soins à domicile (par opposition à celle couvrant les soins en institution). Elle est illustrée par quelques constats quantitatifs réalisés par un consortium d'universités dans le cadre d'une recherche commanditée par les gouvernements fédérés des parties francophone et germanophone de Belgique (3).

L'article commence par situer l'assurance dépendance dans la littérature économique internationale dans la section 2. La solvabilisation de la demande par l'implémentation d'une assurance dépendance risquant d'accentuer les problèmes d'offre

---

(1) Cet article se base sur des réflexions développées dans le cadre d'une recherche menée par un consortium UCL, ULB et Ulg, commanditée par la Région wallonne, la Région bruxelloise, la Communauté française et la Communauté germanophone. Les opinions exprimées restent toutefois entièrement de la responsabilité de l'auteur.

(2) E-mail : rruztor@ulb.ac.be.

(3) Outre les aspects économiques, la recherche couvrirait également des aspects gérontologiques, sociologiques et juridiques de la dépendance. Les rapports réalisés sont les suivants : Ethgen *et al.* (2003), Fagnart et Lutte (2002), Leroy et Neyrinck (2003) Ruz Torres *et al.* (2002), Swine *et al.* (2003) ainsi que le rapport de synthèse (Consortium, 2003).

insuffisante présents sur le terrain, l'importance de l'accompagnement par une politique de l'offre est soulignée dans la section 3. En ce qui concerne la demande, la quantification du nombre de personnes dépendantes et donc de la demande d'aide, tant à court terme qu'à plus long terme sont abordées dans la section 4. La section 5 souligne l'importance d'un financement soutenable à long terme, aborde la problématique de la progressivité du financement et pose la question du niveau auquel il est souhaitable que ce financement intervienne. Des éléments de conclusion sont donnés en section 6.

## 2. LA PLACE DE LA DEPENDANCE DANS LA LITTERATURE ECONOMIQUE

Il est frappant de constater que la notion de dépendance qui nous est tellement familière n'est pas traitée de manière distincte dans la littérature économique internationale. Elle y est représentée par la notion plus générale de *long-term care*, ou soins à long terme.

Norton (2000) effectue une revue de la littérature sur le *long-term care*, basée principalement sur des études concernant les Etats-Unis, mais dont le cadre conceptuel reste pertinent pour les autres pays développés (4). Il identifie comme suit les quatre différences principales du *long-term care* par rapport aux soins médicaux aigus :

- l'aspect chronique, qui implique une accumulation de coûts sur une longue période, par opposition à l'aspect aigu ;
- la prédominance parmi les prestataires institutionnels de firmes à but lucratif en situation de demande excédentaire ;
- l'importance de l'aide informelle, des aidants proches, qui représenteraient 70 % du volume total de l'aide apportée ;
- la quasi-inexistence d'assurance privée volontaire pour le *long-term care*, même dans des pays comme les Etats-Unis, qui s'explique de plusieurs manières (voir par exemple Meier, 1999).

Notamment, le risque de *long-term care* est difficilement prévisible et n'est pas intertemporellement diversifiable : il dépend en partie d'évolutions du coût moyen qui sont fonction du temps. Pour se prémunir contre ce risque, les assureurs proposeront des indemnités qui pourraient s'avérer insuffisantes dans l'avenir, et chercheront à obtenir un taux de rendement supérieur à celui d'investissements moins risqués, réduisant dès lors l'intérêt de s'assurer. Aux problèmes de sélection adverse et d'aléa moral classiques entre assureur et assuré vient s'ajouter un problème d'aléa moral entre personne assurée et ses descendants. En effet, une assurance réduit le coût pour les descendants des soins formels (et notamment des maisons de repos) par rapport aux soins informels à domicile. Si la personne a une préférence pour un contact direct avec ses descendants, elle choisira rationnellement de ne pas souscrire une assurance, même si cette assurance est proposée à des conditions raisonnables, et même lorsque les individus ne sont pas pauvres (Pauly, 1990).

(4) Il constate d'ailleurs le faible nombre de recherches sur le *long-term care* publiée en anglais, consacrée à des problèmes non -US et basée sur des données non -US.

Ces quatre caractéristiques recouvrent évidemment ce que nous entendons habituellement par risque dépendance, mais également d'autres notions comme l'invalidité et les soins médicaux chroniques. La dichotomie entre soins médicaux et non médicaux n'existe tout simplement pas en termes économiques, de même que la distinction entre sécurité sociale et aide aux personnes. Ces distinctions restent néanmoins pertinentes, nous le verrons, lorsqu'il s'agit d'appliquer la théorie à la réalité juridique et institutionnelle belge.

La quasi-absence d'assurance privée dans les soins de long terme peut pousser l'autorité publique à envisager une couverture assurantielle de ces risques, et donc de la dépendance. Se pose alors la question de savoir si cette couverture publique est souhaitable (5).

Du point de vue des personnes concernées, l'introduction d'une assurance dépendance se justifie de manière assez évidente car elle est nécessaire pour réduire les charges financières et non financières souvent très lourdes qu'elles font peser sur les épaules des ménages concernés, faisant jouer la solidarité interpersonnelle.

Du point de vue macroéconomique, Miyazawa *et al.* (2000) constatent, dans le cadre d'un modèle intergénérationnel théorique, qu'il n'est pas facile de justifier le rôle d'une assurance soins de long terme publique dans des termes purement financiers. Une telle intervention serait socialement intéressante du point de vue financier uniquement lorsque les taux d'intérêt sont inférieurs au taux de croissance de la population, ce qui n'est pas le cas dans les économies développées. Par contre, ils constatent qu'un système d'assurance *long-term care* privé sera inefficace à cause de la non-intériorisation des coûts d'un sous investissement en santé par les individus. Leur modèle indique que l'introduction d'une assurance publique peut réduire l'ampleur de cette inefficacité, et apporte ainsi une justification à l'assurance dépendance publique.

En Belgique, l'assurance soins de santé couvre de manière relativement large une série de conditions relevant du *long-term care*, notamment les maisons de repos et de soins (MRS), les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), les maisons de soins psychiatriques, le forfait maladies chroniques. Il existe également d'autres aides fédérales sous conditions de ressources comme par exemple l'aide aux personnes âgées. Enfin, la Flandre s'est dotée de sa propre assurance dépendance (*Zorgverzekering*). Il subsiste néanmoins une partie importante de soins non médicaux non couverts en Belgique francophone et germanophone.

---

(5) Nous entendons par assurance *long-term care* publique une assurance organisée par les pouvoirs publics, indépendamment du statut des opérateurs. La *Zorgverzekering* intègre des caisses de soins relevant du privé mais constitue une assurance publique.

### 3. CONSIDERATIONS SUR L'OFFRE DE SOINS

---

Comme nous l'avons déjà vu, l'offre de soins de long terme comporte un volet formel (maisons de repos, soins à domicile proposés par des professionnels) et un volet informel (aidants proches). Pour ces deux volets, les entités fédérées peuvent intervenir directement étant donné leurs compétences.

#### 3.1. L'AIDE FORMELLE

Une grande partie de la littérature théorique sur l'offre de *long-term care* est consacrée au fonctionnement des marchés de soins formels, et notamment des maisons de repos pour ce qui est des modèles d'offre de lits, des modèles d'accès basés sur les paiements aux maisons de repos, et des modèles de qualité de l'aide qui étudient notamment les conséquences de la coexistence dans une maison de repos des patients amenant des subventions et des patients privés. Ces modèles se basent dans leur majorité sur des expériences américaines et mettent souvent en œuvre des mécanismes spécifiques aux Etats-Unis. Le lecteur en trouvera une revue détaillée dans Norton (2000).

Nous avons vu que les marchés de *long-term care* se caractérisent souvent par une situation de demande excédentaire. L'introduction de l'assurance dépendance risque dès lors de s'accompagner de problèmes au niveau de l'offre. Par exemple, lors du lancement de l'assurance dépendance allemande, 30 % du budget destiné aux soins à domicile n'a pu être dépensé dans la phase initiale. La totale absorption des prestations du programme soins à domicile lors de cette phase aurait demandé une augmentation du personnel du secteur des soins formels assez spectaculaire, estimée à 150.000 unités (Schneider, 1999).

Leroy et Neyrinck (2003) ont réalisé un inventaire des systèmes existants en Régions wallonne et bruxelloise en matière de dispositifs d'aide à la perte d'autonomie pour évaluer le réseau formel d'aides. Le résultat met en évidence l'existence de maillons faibles dans le continuum des services d'aide aux personnes dépendantes, en particulier les possibilités de séjour résidentiel temporaire ou de garde-malades à domicile.

Ce constat basé sur l'offre disponible est confirmé par les mesures concernant les besoins non satisfaits. Sur base d'une enquête de terrain réalisée en 2002, auprès de personnes de plus de 75 ans à domicile, on constate que l'insuffisance d'aide (manque d'aide malgré le besoin ou aide insuffisante) se concentre surtout dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), et particulièrement dans les secteurs de l'aide familiale et ménagère, les garde-malades de jour et de nuit, de l'aménagement du domicile et de la télé-assistance. Le constat que les aides requises se situent principalement dans le domaine instrumental de la vie quotidienne est d'ailleurs confirmé par une autre étude récente sur le maintien à domicile en Région de Bruxelles-Capitale (de Henau *et al.* 2003).

C'est donc dans ces secteurs, aide familiale et ménagère, garde-malade, séjour résidentiel temporaire et aménagement à domicile que des goulots d'étranglement risquent le plus de se présenter lors du lancement d'une assurance dépendance pour les soins à domicile. Il importe d'éviter que les aides financières aux personnes dépendantes ne soient absorbées en grande partie par une hausse des prix des services. Dès lors, il serait important d'accompagner le lancement d'une assurance dépendance par une politique de l'offre formelle, notamment par des subventions pour les aides familiales, aides ménagères, et par le développement de services presque inexistantes comme l'aménagement du domicile, le transport des malades chroniques, la garde à domicile, ou trop peu accessibles comme la télé-assistance. Cette politique de l'offre passe également par l'aide aux intervenants professionnels via une reconnaissance du statut, une meilleure gestion de l'offre et la promotion des coordinations (Consortium 2003). En particulier, les contraintes institutionnelles peuvent freiner considérablement la coordination des services, alors même que la nécessité de coordonner les prestations de services de soins médicaux et non médicaux se fait sentir sur le terrain (de Henau *et al.*, 2003).

### 3.2. L'AIDE INFORMELLE

Les modèles théoriques d'offre d'aide informelle traitent principalement de choix pour les aidants entre travail, loisir et temps consacré à l'aide. Voir par exemple la présentation dans Norton (2000) et la discussion dans Jousten (2004).

Les différentes études du consortium confirment que le rôle de l'aidant proche est essentiel pour maintien à domicile. Cependant le fardeau de l'aidant en termes de temps consacré est considérable : environ 7 % des personnes déclarent aider un proche dans l'enquête PSBH, et 36 % d'entre eux consacrent plus de 20 h par semaine à l'aide (Leroy et Neyrinck, 2003).

Dans la littérature internationale, des tentatives d'évaluation de la substitution entre soins formels et soins informels indiquent que le taux serait bien plus faible que un pour un. Il semble dès lors souhaitable de limiter dans la mesure du possible la substitution puisqu'elle n'implique pas seulement une augmentation du coût de l'aide mais également une diminution du volume de celle-ci.

La nécessité d'un soutien à l'aidant proche découle directement de ces deux constatations. Les services couverts devraient inclure l'entretien ménager au domicile de l'aidant proche et les courts séjours, afin de permettre à l'aidant de respirer.

Le consortium (2003) a estimé toutefois que le soutien à l'aidant proche via une contribution financière était une option « tout à fait déconseillée », car elle peut entraîner des effets pervers (lien avec la maltraitance des personnes âgées, altération du lien affectif de l'aidé pour l'aidant proche qui dès lors lui « doit » l'aide, ...) Il ne s'agit pas ici de contredire l'intérêt de mesures non pénalisantes pour l'aidant, comme par exemple le remplacement du revenu d'un travailleur qui diminue son temps de travail pour se charger d'une personne dépendante, ou la prise en compte du temps



passé à s'occuper d'une personne dépendante pour le calcul de la pension. Toutefois de telles mesures dépassent le cadre de l'assurance dépendance proprement dite et relèvent du pouvoir fédéral.

#### **4. CONSIDERATIONS SUR LA DEMANDE D'AIDE**

Les aspects économiques théoriques du volet « demande d'aide » sont traités de manière extensive dans Jousten (2004). Nous nous axons dès lors ici sur les aspects pratiques de l'exercice de quantification de la demande.

La quantification du nombre de personnes en situation de dépendance avant l'introduction de l'assurance dépendance peut se faire selon des critères administratifs et selon des critères fonctionnels, ou encore par une utilisation concurrente de ces deux types de critères. En outre, différentes expériences étrangères indiquent que l'on peut s'attendre à une augmentation du nombre de personnes se considérant comme dépendantes comme une conséquence directe de l'introduction d'une assurance dépendance. Nous passons en revue trois effets intervenant dans cette augmentation : l'effet d'appel, le problème de sélection adverse (qui rend l'assurance plus attractive pour les personnes les plus susceptibles d'y recourir), et l'évolution démographique. Enfin, nous soulevons, sans donner de réponse définitive, quelques arbitrages à effectuer lors de la détermination des modalités de l'assurance dépendance.

##### **4.1. QUANTIFICATION STATIQUE DES PERSONNES DEPENDANTES**

Afin de mesurer les implications économiques et budgétaires de l'introduction de l'assurance dépendance, la première étape consiste à identifier le nombre de personnes potentiellement concernées par la dépendance/ la perte d'autonomie dans les conditions actuelles.

Cette évaluation peut se faire selon différentes sources. Une évaluation sur base de critères administratifs (présence d'une attestation, utilisation d'un service) n'aboutira pas à proprement parler à quantification de la dépendance en tant que telle, mais à une quantification des personnes présentant certains indicateurs censés approcher l'état de dépendance. Une évaluation sur base de critères fonctionnels (ce que la personne peut faire, par exemple en termes d'AVQ - activités de la vie quotidienne - ou AIVQ - activités instrumentales de la vie quotidienne) présente l'avantage d'être plus proche de la littérature gérontologique et de la notion même de dépendance que l'on cherche à identifier mais n'est possible en général que sur base d'échantillons de taille relativement faible.

Une tentative d'évaluation du nombre de personnes dépendantes à domicile dans les régions concernées sur base de données administratives relatives à la population totale a été réalisée dans le cadre de la recherche susmentionnée (Ruz Torres *et al.* 2002). Elle permet d'illustrer les écueils auxquels tout exercice de quantification sur

base de données administratives peut se heurter. Nous nous sommes basés sur des données agrégées relatives à l'année 2001, mises à notre disposition par les différentes mutualités du pays. Ces données offrent en effet des détails sur les motifs d'attribution de la franchise sociale et des forfaits pour maladies chroniques dans le cadre de l'assurance soins de santé. Y figurent notamment des données relatives au droit aux forfaits B et C de soins à domicile, à l'allocation d'aide aux personnes âgées (cat. III, IV ou V), à l'allocation d'intégration (cat. III ou IV) et à l'allocation d'aide pour une tierce personne, etc. Par rapport aux données administratives habituellement disponibles, elles présentent l'avantage de provenir d'une seule source et donc d'éviter le risque de double comptage. Notons que les données administratives utilisées recouvrent en partie les mêmes concepts que ceux pris en compte dans l'attribution du droit à une intervention dans le cadre de la *Zorgverzekering* flamande, mais sous une forme moins restrictive. Par exemple, en ce qui concerne l'aide aux personnes âgées et l'allocation d'intégration, les critères retenus en Flandre imposent un minimum de 15 points sur l'échelle dite de Katz, alors que les indicateurs intervenant dans l'octroi des maladies chroniques concernent les personnes qui se voient attribuer plus de 12 points.

Cette approche présente plusieurs limitations. L'utilisation de données relatives à des soins médicaux pour évaluer des besoins non médicaux en constitue une première insuffisance. Ensuite, la quantification se fait sur base de données d'utilisation, alors que certaines personnes peuvent avoir conservé le droit aux prestations prises en compte pour la construction d'indicateurs et ne plus en avoir besoin, ou, à l'inverse, dans le cas où les aides seraient accordées aux bénéficiaires de ces prestations, certaines personnes n'en ayant pas actuellement besoin pourraient en faire la demande afin de pouvoir bénéficier de l'assurance dépendance. Ces bénéficiaires potentiels ne peuvent être identifiés sur base des données administratives disponibles. Enfin, certaines différences constatées entre organismes assureurs pourraient être liées non pas à l'état de santé et de besoin des populations mais à des différences de comptabilisation ou de contrôle de ces critères (6).

Plusieurs définitions de l'indicateur de dépendance, basées sur diverses combinaisons des variables disponibles, ont été appliquées. Les résultats obtenus pour les bénéficiaires du forfait C de soins infirmiers, des forfaits B et C, et d'un indicateur basé sur l'ensemble des variables intervenant dans l'octroi du forfait maladies chroniques et relatives à la dépendance sont résumés dans le tableau 1. Ce tableau illustre bien les variations de l'ampleur du phénomène « dépendance » mesuré, que l'on retienne l'une ou l'autre définition de la dépendance.

---

(6) Ce dernier problème se présenterait toutefois également dans la réalité si la dépendance était mesurée sur base de ce type de critères.

**TABLEAU 1** : PROPORTION DE PERSONNES DEPENDANTES A DOMICILE ESTIME SELON DIFFERENTS CRITERES ADMINISTRATIFS, 2001 (EN %)

<b>Plus de 75 ans</b>			
	<b>forf. C</b>	<b>forf. B et C</b>	<b>tous indicateurs</b>
Bruxelles	0,47	1,73	6,65
Région wallonne (hors Comm. Germ.)	0,57	2,17	8,52
Comm. Germanophone	0,49	1,88	8,93
Total	0,55	2,09	8,17

<b>Tous âges</b>			
	<b>forf. C</b>	<b>forf. B et C</b>	<b>tous indicateurs</b>
Bruxelles	0,07	0,24	1,52
Région wallonne (hors Comm. Germ.)	0,08	0,29	1,85
Comm. Germanophone	0,07	0,25	1,95
Total	0,08	0,28	1,80

Afin de donner une idée de la fiabilité de ces résultats, l'application de la même méthodologie aux données relatives au Nord du pays aboutit à une surestimation de la proportion de personnes dépendantes, estimée à 1,8%, contre 1,2 % de la population totale en juin 2002 selon les chiffres de la *Zorgverzekering* (Het Vlaams Zorgfonds, 2002) mais rappelons-le, nos critères sont moins restrictifs. Il convient donc de rester extrêmement prudent lors de l'interprétation de ces résultats.

A côté de cette potentielle surestimation des personnes dépendantes au niveau de la population en général, une comparaison de nos résultats avec des indicateurs basés sur des critères fonctionnels, repris au tableau 2, indique que l'utilisation des données administratives *sous-estimerait* la proportion de personnes dépendantes parmi les personnes de plus de 75 ans.

**TABLEAU 2** : PROPORTION DE PERSONNES DEPENDANTES A DOMICILE ESTIME SELON DIFFERENTS CRITERES FONCTIONNELS, 1992 OU 1997 (EN % DE LA POPULATION DE PLUS DE 75 ANS)

<b>Instrument de mesure</b>	<b>Population</b>	<b>Année</b>	<b>% dépendance</b>
Katz original	Bruxelles et Wallonie	1992	14,3
Katz INAMI	Bruxelles et Wallonie	1992	11,1
Katz Inami B ou C	Bruxelles et Wallonie	1992	2,3
Lawton (AIVJ)	Bruxelles	1992	77,0
Lawton sévère (AIVJ)	Bruxelles	1992	11,0
Dimension physique HIS-97	Bruxelles et Wallonie	1997	11,0

L'emploi d'estimations basées sur des données administratives permet toutefois de faire des constatations qui sont cohérentes avec les résultats d'autres études. Par exemple, le constat d'une proportion plus importante de personnes fortement dépendante en Région wallonne (hors Communauté germanophone) correspond aux constatations de l'enquête du CRIV en 1992.

#### 4.2. LIEU DE RESIDENCE OU LIEU DE TRAVAIL ?

La problématique de l'affiliation selon le lieu du travail (actuel ou passé) a été soulevée en référence au règlement européen 1408/71. Il serait apparemment envisageable du point de vue juridique d'appliquer la condition de résidence en Belgique et la condition du lieu de travail pour les ressortissants étrangers travaillant en Belgique. Cette approche implique par exemple qu'une personne domiciliée en Région wallonne et travaillant en Flandre n'aurait pas le droit de s'affilier à la *Zorgverzekerings*, contrairement aux personnes domiciliées aux Pays-bas ou en France. Cette possibilité nous a semblé difficilement soutenable. Il semble donc intéressant d'introduire la dimension lieu de travail dans l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels, l'idée étant non pas d'obtenir des estimations précises mais un ordre de grandeur des changements auxquels on pourrait s'attendre.

Afin de convertir nos données basées sur le lieu de résidence, nous avons utilisé une matrice de transition, construite sur base des résultats de l'Enquête Forces de Travail (E.F.T.) de l'I.N.S., dont le questionnaire inclut bien une question sur le lieu de domicile et le lieu de travail, mais ne concerne que la population active. Vu qu'il s'agissait de répartir des personnes inactives et en moyenne assez âgées, nous avons choisi d'utiliser non pas les données les plus récentes mais les résultats des E.F.T. de 1985 à 1997. C'est la proportion moyenne des actifs résidant dans une province et travaillant dans une autre qui a été retenue comme critère d'imputation des personnes dans les différents lieux de travail. Pour la Communauté germanophone, nous avons effectué la conversion sur base des données relatives à la province de Liège, car l'utilisation d'un niveau inférieur à la province donnerait des résultats d'une précision insuffisante.

**TABLEAU 3** : NOMBRE DE PERSONNES CONSIDEREES DEPENDANTES SELON LE LIEU DE DOMICILE OU SELON LE LIEU DU TRAVAIL, PERSONNES BENEFICIANT D'UN FORFAIT B OU C DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE, 2001

<b>plus de 75 ans</b>			
	<b>Lieu de domicile</b>	<b>Lieu de travail</b>	<b>différence %</b>
Bruxelles	1414	2002	41,58
Région wallonne (hors Comm.Germ.)	5647	5485	-2,87
Comm. Germanophone	1370	1334	-2,63
Total	8431	8821	4,63

<b>tous âges</b>			
	<b>Lieu de domicile</b>	<b>Lieu de travail</b>	<b>différence %</b>
Bruxelles	2231	3206	43,70
Région wallonne (hors Comm.Germ.)	9059	8832	-2,51
Comm. Germanophone	2403	2320	-3,45
Total	13693	14358	4,86

On pouvait s'attendre à ce que le nombre de personnes diffère de manière significative selon que le décompte est effectué selon le lieu de résidence ou selon le lieu de travail, avec une augmentation du nombre de bénéficiaires potentiels pour la Région de Bruxelles-Capitale en particulier, liée aux flux de navetteurs vers la capitale. Le tableau 2 illustre l'ampleur de ces différences pour une catégorie de bénéficiaires potentiels : les personnes concernées par les forfaits B et C des soins infirmiers. Le nombre de personnes en mesure d'affilier à l'assurance dépendance à Bruxelles ferait plus que doubler si on prend en compte le lieu du travail. Toutefois les données du tableau 2 se basent sur l'hypothèse que les Flamands, déjà assurés à la *Zorgverzekering*, décident de rester dans le système. Cette hypothèse semble réaliste tant que les prestations proposées par les assurances dépendance concurrentes ne diffèrent pas substantiellement. Même sous cette hypothèse, l'augmentation du nombre de personnes en mesure de s'affilier à Bruxelles atteint tout de même 43,7 %. Le passage d'une assurance dépendance basée sur le lieu du domicile à celle basée sur le lieu du travail renforcerait le problème potentiel de sélection adverse à Bruxelles de manière importante. Malgré que cet effet soit lié à une diminution du nombre de bénéficiaires concernés dans les autres sous-régions, le solde net reste positif, l'augmentation estimée de l'effectif pour les parties francophone et germanophone du pays se situant au delà de 4,6 %.

On peut imaginer diverses hypothèses alternatives, comme la coexistence d'un système d'assurance dépendance basé sur la condition de résidence et d'un autre basée sur la condition de lieu de travail, ou encore la possibilité que l'un des deux

systèmes (ou les deux) décident de prendre en compte les deux critères simultanément. Dans tous les cas, le problème potentiel de sélection adverse augmenterait de manière significative par rapport à une situation basée uniquement sur la condition de résidence.

#### 4.3. EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PERSONNES DEPENDANTES

##### 4.3.1. L'effet d'appel

L'introduction de l'assurance dépendance peut entraîner un accroissement du nombre de bénéficiaires potentiels, et cet effet est à prendre en compte dans la prévision des coûts. Nous employons le terme d'« effet d'appel » pour désigner l'augmentation de la demande liée à l'introduction de l'assurance dépendance, et ceci sans jugement de valeur sur le caractère légitime ou pas de cet accroissement. En effet, une structure incitative inadéquate peut favoriser le développement d'une consommation trop importante. Cette consommation pourrait être liée à des problèmes d'aléa moral ou être même suscitée par l'offre (le phénomène de *supplier-induced demand* reste toutefois assez controversé dans la littérature de l'économie de la santé). L'augmentation importante du nombre de bénéficiaires peut traduire sous cet angle de vue une utilisation « indue » ou non désirable du point de vue social. A contrario, on peut argumenter que l'augmentation du nombre de personnes correspond à l'expression d'une demande préexistante mais non satisfaite jusque là. Il s'agit donc de l'effet d'une meilleure accessibilité des aides. Dans ce cas on percevra plutôt cette évolution comme le reflet du succès de la mesure. Dans les deux cas de figure les conséquences peuvent être assez importantes du point de vue de la projection des coûts budgétaires de la mesure et méritent d'être pris en compte.

Par exemple, l'effectif de personnes bénéficiant d'une intervention dans le cadre de la *Pflegeversicherung* allemande est passé de 1,061 millions lors de l'introduction du système en 1995 (seulement personnes dépendantes en ambulatoire) et 1,546 millions en 1996 (en ambulatoire et en institution) à 1,839 millions en 2001, soit une croissance moyenne de 3,5 % par an entre 1996 et 2001, ou encore 18 % en cinq ans (Bundesministerium Gesundheit, 2002a). Entre 1996 et 2001, ce sont les catégories de bénéficiaires les moins dépendants (catégorie I en ambulatoire et catégories I et II en institution (7)) qui contribuent le plus à l'augmentation de l'effectif total. La diminution du nombre des personnes moyennement ou fortement dépendantes en milieu ambulatoire (-13 % sur cinq ans) se voit compensée par une forte augmentation des personnes en institution (à l'exception des personnes fortement dépendantes - catégorie III) dont le nombre toutes catégories confondues augmente de 50,2 % en 5 ans. On assiste donc à une substitution entre soins à domicile et

(7) Les catégories de dépendance de la *Pflegeversicherung* sont déterminés en fonction du nombre de minutes (standardisées) de soins quotidiens et du nombre de minutes d'aides dans les activités ménagères nécessaires (en fonction du moment du jour et/ou de la nuit). La catégorie III représente le degré de dépendance le plus lourd.

en institution. Notons cependant que le coût des aides n'évolue pas de manière aussi explosive : il passe de 14.3 milliards d'euro en 1997 (où l'aide résidentielle a été mise en œuvre pendant toute l'année) à 16 milliards d'euro en 2001.

En Flandre, l'estimation réalisée par Breda, Geerts et Teughels (2000) évaluait à 78.000 le nombre de personnes sévèrement dépendantes en Région flamande en 1999, à domicile ou en institution. Cette estimation avait été effectuée sur base des items AVQ physiques provenant de l'Enquête de Santé 1997 pour les personnes de moins de 75 ans et de l'enquête auprès des personnes âgées flamandes (UFSIA-DDSM) pour les plus de 75 ans. En retirant de ce nombre les personnes sévèrement dépendantes en MRS et MRPA, on obtient un nombre de 54.000 personnes sévèrement dépendantes à domicile en Flandre. Les chiffres concernant l'affiliation et la demande de prise en charge pour la *Zorgverzekering* flamande (datant de juin 2002) donnent un nombre de bénéficiaires nettement supérieur. Deux sources sont utilisées pour compter le nombre de bénéficiaires : d'une part les tableaux statistiques transmis par les caisses de soins *au Vlaams Zorgfonds*, et d'autre part les bases de données des caisses de soins. Selon la source, le nombre de demandes acceptées se situait entre 70.400 et 72.980 pour la Flandre et entre 441 et 446 pour Bruxelles. Ces chiffres indiquent dans le meilleur des cas un nombre de bénéficiaires supérieur de 30 % par rapport aux estimations réalisées en 2000 ! Le nombre de demandes introduites en juin 2002 était d'après les tableaux statistiques, de 91.596 au total, dont 70.841 avaient été acceptées (soit un taux de refus de 17,6%). Cette forte différence trouve en grande partie sa source dans les définitions de la dépendance retenues. Les critères finalement mis en œuvre pour bénéficier de la *Zorgverzekering* se basent largement sur des critères administratifs et sont complétés par l'utilisation de l'échelle BEL. Les critères choisis pour réaliser la projection étaient d'ordre purement fonctionnel (score de 5 ou 6 dans l'échelle de Katz modifiée) et sont plus restrictifs que ceux de l'échelle BEL. La comparaison est dès lors difficile mais illustre encore une fois le rôle primordial de l'instrument de mesure de la dépendance.

A l'opposée des exemples allemand et flamand, le nombre de bénéficiaires du *Pflegevorsorge* autrichien a peu varié depuis l'introduction du système en 1993. Ce constat doit néanmoins être relativisé par le fait que la mesure touchait dès son lancement une proportion de la population nettement plus élevée qu'en Allemagne ou en Flandre, laissant dès lors peu de place à un accroissement ultérieur.

La comparaison de diverses expériences suggère que l'on doit s'attendre à une croissance des effectifs par rapport aux prévisions initiales mais que cette augmentation ne peut être quantifiée avec certitude a priori. Elles incitent néanmoins à la prudence. L'instrument de mesure de la perte d'autonomie choisie influencera certainement l'ampleur de cette évolution, certains instruments étant moins fiables, présentant une moindre fidélité inter-juges, ou étant plus facilement manipulables.

#### 4.3.2. Sélection adverse

Etant donné qu'il n'existe pas de sous-nationalité à Bruxelles, l'affiliation à la *Zorgverzekerling* est facultative dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Cela devrait être également le cas pour une éventuelle assurance dépendance francophone à Bruxelles.

L'affiliation facultative introduit un risque potentiel de sélection adverse, effet selon lequel les hauts risques présenteraient une plus forte propension à s'affilier. L'expérience de la *Zorgverzekerling* à Bruxelles ne permet pas de confirmer l'hypothèse d'un phénomène de sélection adverse. En effet, en présence de sélection adverse, on se serait attendu à ce que le rapport bénéficiaires/affiliés soit plus important en Région bruxelloise, puisque l'affiliation y est facultative. L'assurance aurait en principe attiré les personnes présentant le plus de risques. Au 30 juin 2002, le nombre d'affiliés à Bruxelles était de 38.444, et 441 demandes de prise en charge avaient été acceptées pour ces affiliés. La proportion de personnes prises en charge par rapport au total des affiliés à Bruxelles (1,1 %) était donc inférieure à celle de la Flandre (1,8 %) où l'affiliation est pourtant obligatoire, et ce taux de prise en charge bruxellois plus faible était systématiquement présent dans toutes les tranches d'âge (*Het Vlaamse Zorgfonds*, 2002). Même si le taux de refus des aides est supérieur à Bruxelles (21,5 % contre 17,8 % en Flandre) cette différence ne suffit pas à expliquer l'écart en termes de taux de prise en charge. Toutefois, la mesure flamande impose aux assurés bruxellois le recours aux services d'un prestataire professionnel comme condition pour l'obtention d'une intervention, ce prestataire devant en outre être agréé par la Communauté flamande. La disponibilité très réduite de services néerlandophones à Bruxelles agit dès lors comme un frein puissant au phénomène de sélection adverse. Ce frein étant a priori moins contraignant pour les services francophones, on peut craindre que le problème de sélection adverse se manifeste de manière plus aiguë dans le cas d'une assurance dépendance francophone à Bruxelles.

#### 4.3.3. Evolution démographique

Des projections réalisées par l'ULg sur base des taux de dépendance par âge et des projections de la population de l'Institut National de Statistique donnent des résultats inquiétants : selon les hypothèses, la courbe des réserves cumulées présente un aspect parabolique, laissant présager tôt ou tard une insuffisance de financement liée au vieillissement de la population (Ethgen *et al.* 2002).

Ce tableau peu favorable repose toutefois sur l'hypothèse que les taux de dépendance par âge restent constants au cours du temps. Il devrait donc être tempéré par la possibilité que la dépendance pourrait être fonction non pas de l'âge mais du *time until death* du moins partiellement. Cette idée se fonde notamment sur la concentration constatée des coûts dans les trois à cinq ans précédant le décès. L'allongement de la durée de vie d'une personne prolongerait surtout sa durée de vie en bonne santé, et pas la période qui concerne les soins de long terme. Norton (2000)



cite plusieurs études allant dans ce sens, et selon Jacobzone (2000), l'espérance de vie sans incapacité modérée à 65 ans a augmenté dans tous les pays développés dans les années '80.

Lakdawalla et Philipson (2002) partent du constat que le nombre de personnes résidant en institution a augmenté plus lentement que la population aux Etats-Unis. Ces auteurs développent un modèle théorique qui suggère que l'augmentation de l'espérance de vie puisse même avoir comme conséquence, au niveau macro-économique, une *réduction* des coûts (médicaux et non médicaux) du *long-term care*. Ce résultat paradoxal à première vue est obtenu dans leur modèle via deux effets. D'une part, l'allongement de la vie en bonne santé aurait comme effet d'augmenter l'offre de soins (prodigués par les personnes en bonne santé, même âgées, notamment les conjoints valides) et donc d'en diminuer le prix. D'autre part, la réduction de l'écart de la durée de vie des hommes et des femmes aurait comme effet une diminution du nombre de veuves que l'isolement finit par conduire à entrer en institution.

Ethgen et al. (2003) remarquent toutefois sur base de données d'enquête de 1990 (Van Oyen *et al.* 1996) que l'écart entre espérance de vie et espérance de vie en bonne santé est nettement plus importante en Wallonie qu'en Flandre. D'après ces données, tant l'espérance de vie que l'espérance de vie en bonne santé des Wallons serait inférieure à celle des Flamands, l'écart entre les deux valeurs étant également plus important en Wallonie, surtout chez les hommes. Même si on ne peut assimiler directement cette espérance de vie en mauvaise santé à la durée de dépendance, cette constatation indique que le problème de la dépendance et de son financement se pose de manière potentiellement plus aiguë en Wallonie qu'en Flandre.

L'effet du vieillissement de la population risque de diminuer avec le temps, et même de renverser la tendance à l'accroissement des coûts de la dépendance. Il s'agit toutefois d'un effet macro-économique à long terme dont on ne peut prévoir quand il surviendra. Il convient donc de rester prudent et de s'interroger sur la viabilité à long terme du système dès son lancement.

#### **4.4. QUELQUES ARBITRAGES CONCERNANT LA DEFINITION DES BENEFICIAIRES ET DES TYPES DE PRESTATIONS**

##### **4.4.1. Quels outils pour mesurer la dépendance ?**

Nous avons déjà souligné l'importance de l'instrument de mesure de la dépendance.

Les instruments basés sur des critères administratifs présentent l'avantage de réduire les coûts administratifs. Cet avantage pourrait néanmoins se voir réduit parce que, moins bien contrôlés et dépendant en partie de la législation au niveau fédéral, ces instruments pourraient s'avérer plus sensibles à des distorsions dans la structure incitative du système. En outre ils ne se prêtent pas facilement à une adéquation de l'aide en fonction de la situation de la personne.

Les instruments basés sur des critères fonctionnels sont en principe mieux adaptés à l'identification de la dépendance et à la mesure des besoins pour autant qu'ils soient bien conçus. Il existe une grande quantité d'instruments de mesure qui se juxtaposent, parfois de manière contradictoire, car le plus souvent ils ont été établis pour cibler tel ou tel risque (Swine *et al.* 2002). Plusieurs échelles d'évaluation peuvent être utilisées, tels les échelles de Katz (utilisée par l'INAMI pour les forfaits de soins infirmiers en fonction de la dépendance), AGGIR (Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources utilisée en France dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie), l'échelle médico-sociale utilisée pour l'Aide à la Personne Agée en Belgique), SOCIOS (outil d'évaluation du devenir de la personne et de son interaction avec le groupe aidant) ou RAI (Resident Assessment Instrument). Les résultats obtenus donnent des résultats parfois fort distants, surtout lorsqu'il s'agit de considérer les catégories de niveau de dépendance en vue de l'octroi d'une allocation.

Swine *et al.* (2002) soulignent que l'outil idéal devrait présenter une bonne fidélité inter-juges, c'est-à-dire une constance dans l'évaluation effectuée par différentes personnes, et permettre d'appréhender les besoins d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) en prenant de surcroît en considération l'impact des troubles cognitifs sur l'autonomie de la personne et son environnement.

Ces indicateurs n'étant pas disponibles à l'heure actuelle au niveau de la population, leur utilisation impliquerait un effort de mesure et de contrôle, et, partant, des coûts de mise en œuvre. Ils impliqueraient également le déploiement d'équipes pluridisciplinaires pour mesurer la dépendance, et donc également la disponibilité en suffisance de personnel compétent.

#### 4.4.2. Cibler la dépendance lourde ?

Les personnes en état de dépendance lourde ne représentent qu'un part de l'ensemble des personnes dépendantes. Dans le cadre d'une introduction graduelle de l'assurance dépendance, on a pu envisager de ne couvrir dans un premier temps que les personnes très dépendantes, se situant au-dessus d'une limite d'âge.

Constatant que plus l'auto-évaluation de la santé est mauvaise, plus la personne ressent le manque d'aide, Leroy et Neyrinck (2003) soulignent toutefois qu'aucune personne souffrant de dépendance aux AVQ lourde (forfait C) ne déclare manquer d'aide. Il semble donc important de faire attention à ne pas exclure les personnes moyennement dépendantes, catégorie qui concentre une part importante des besoins d'aide non satisfaits.

#### 4.4.3. Introduire des conditions de ressources ?

Assous et Ralle (2000) argumentent qu'une aide sans conditions de ressources a deux inconvénients majeurs. D'une part, à niveau de prestation donné, le coût en est plus élevé qu'une mesure ne s'adressant qu'à une partie mieux circonscrite de la

population. D'autre part, elle n'est pas économiquement efficiente car une partie des personnes consommant des services les auraient consommés de toute manière en absence de l'intervention publique.

Cependant, il existe toute une littérature sur les effets d'un système d'aide comme Medicaid aux Etats-Unis, soumis à des conditions de ressources, sur le comportement d'épargne. Selon divers modèles théoriques, une aide soumise à une condition de ressource découragerait l'épargne des ménages qui sont proches du seuil d'éligibilité. L'évidence empirique disponible ne confirme que partiellement cette intuition ou la contredit (Norton, 2000).

On constate toutefois que ce sont les personnes qui ont des revenus les plus faibles qui souffrent le plus du manque d'aide. A Bruxelles, l'analyse de l'étude CRIV 1992 montre que le manque d'aide est plus fréquent quand le niveau de revenus est bas tant en fréquence qu'en volume. La moitié des personnes manquant souvent d'aide avait un revenu inférieur à 20.000 BEF (495,79 EUR) par mois (en 1992), et cette catégorie défavorisée manquait deux fois plus d'aide que les autres classes de revenus suite au coût important de l'aide familiale ou ménagère (Leroy et Neyrinck, 2003). de Henau *et al.* (2003) constatent également des différences dans le comportement de recours aux aides liées aux différences de revenus.

L'introduction d'une condition sur les ressources pour l'obtention de l'aide rejoint plutôt les systèmes basés sur la notion d'aide aux personnes que sur celle d'une assurance en tant que telle.

#### **4.4.4. Intervention financière forfaitaire ou adaptée ?**

L'analyse des résultats de l'enquête de terrain 2002 permet de constater un certain nombre de différences au niveau sous-régional. Ainsi, Bruxelles compte une plus grande proportion d'isolés que les autres régions. Le recours aux aides familiaux, garde-malades et ergothérapeutes est quant à lui plus développé en Région wallonne. La Communauté germanophone présente quant à elle une adaptation de l'habitat plus favorable, mais également une plus grande complexité sociale et une moindre participation groupale, mesurée par l'instrument SOCIOS. Enfin, le constat déjà effectué d'une plus grande proportion de personnes fortement dépendantes en Wallonie est confirmé dans cette étude (Swine *et al.*, 2003).

Ces différences régionales traduisent une variabilité encore plus forte entre personnes en ce qui concerne le degré de dépendance, les types d'intervention nécessaire, les revenus des personnes dépendantes à domicile mais également quant à leur environnement. Le besoin d'aide est une notion multidimensionnelle qui ne peut pas être réduite à un coût moyen.

Dès lors, une réponse adaptée atteindra mieux les objectifs qu'une somme forfaitaire, surtout en présence de contraintes budgétaires, mais au prix d'un coût administratif plus important. Le problème est analogue et lié à celui du choix de l'instrument de mesure. Le consortium s'est prononcé pour la modulation du soutien financier en fonction de la dépendance et de la situation financière de la personne dépendante.

## 5. ET LE FINANCEMENT ?

De manière quasi tautologique, on peut dire que les coûts dépendront de la quantité des bénéficiaires couverts et des types/montants des aides accordés. Cette constatation apparaît toutefois beaucoup moins anodine lorsqu'on mesure les difficultés qui se posent lorsqu'on veut évaluer l'une ou l'autre de ces composantes.

En admettant que les pouvoirs compétents aient effectué un choix en terme de personnes à couvrir, de types d'aide à prêter et de types de prestations, il reste à déterminer la manière de financer ces coûts de manière viable, équitable et optimale. Les contraintes introduites par la structure institutionnelle belge prennent une importance prépondérante dans cette partie.

### 5.1. VIABILITE DU FINANCEMENT

Dans la totalité des scénarios envisagés, le coût budgétaire d'une assurance dépendance serait supportable à court terme et permet de constituer un fonds, surtout dans le cas où elle ciblerait initialement les cas de dépendance sévère à domicile (phénomène du déjeuner gratuit).

Les effets à long terme de l'évolution démographique ont été traités dans Jousten (2003) et dans le présente contribution. Malgré qu'on puisse s'attendre à une diminution avec le temps des conséquences du vieillissement démographique, les incertitudes subsistantes indiquent de prendre en compte la viabilité à long terme d'un système d'assurance dépendance dès son lancement, notamment par la constitution d'un fonds de capitalisation collective.

### 5.2. PROGRESSIVITE

Dans le cadre de l'introduction de la *Zorgverzekering*, Pacolet *et al.* (2000) ont effectué une micro-simulation des implications distributives de quatre modalités de financement alternatives :

- un prélèvement provenant des moyens généraux des Communautés ;
- la non-application d'un centime soustractif (montant forfaitaire) sur l'IPP ;
- un centime additionnel en centimes (montant forfaitaire) sur l'IPP ;
- un centime additionnel proportionnel à l'IPP.

Les conclusions auxquelles les auteurs parviennent peuvent être résumées comme suit. Conformément à l'intuition, la solution qui présente les effets les plus progressifs en termes de redistribution est le financement par un centime additionnel proportionnel à l'IPP. Bien que présentant l'avantage de la simplicité, le financement via les moyens généraux des Communautés diminue fortement la progressivité du financement de l'assurance autonomie par rapport à un centime additionnel à l'IPP. La raison principale en est que ces moyens proviennent en grande partie de la TVA qui est une taxe dont l'effet est nettement régressif (8). La non-application d'un centime soustractif a des effets régressifs marqués, de même que l'introduction d'un centime additionnel forfaitaire.

Tel qu'il a été mis en œuvre, le financement de la *Zorgverzekering* est assuré en grande partie par des primes forfaitaires payées par les assurés, qui équivalent en pratique à un centime additionnel forfaitaire. Ce système présente l'avantage d'être nettement plus simple à mettre en œuvre mais présente un effet régressif en termes de répartition des revenus. L'introduction d'une différenciation des cotisations forfaitaires entre isolés et VIPOs et le reste de la population, intervenue en même temps qu'une forte augmentation du niveau des primes pour ces derniers, est venue probablement atténuer cet effet régressif.

Il existe d'autres alternatives qui pourraient présenter un bon degré de progressivité si elles étaient appliquées au niveau des entités fédérées, comme un prélèvement sur les cotisations sociales prenant en compte les revenus des pensions et du chômage (comme en Allemagne ou au Luxembourg), ou un prélèvement sur une cotisation sociale généralisée comme en France. Toutefois l'application de telles solutions semble irréaliste au niveau des entités fédérées dans le contexte belge.

### 5.3. A QUEL NIVEAU DE POUVOIR LE FINANCEMENT DEVRAIT-IL INTERVENIR ?

Pour des considérations de viabilité du système, d'efficacité et d'équité dans le financement, l'assiette du prélèvement devrait être le plus large possible. Un tel financement est toutefois difficile à mettre en œuvre au niveau communautaire. Il se heurte dans le contexte belge à l'absence de compétences fiscales des Communautés, dont le financement est principalement constitué de dotations de l'Etat fédéral. La Région peut, elle, percevoir des centimes additionnels, et il existe d'autres sources de financement régionales comme les dotations fédérales et les impôts régionaux. Toutefois, un financement par centime additionnel au niveau des Régions se heurte à un problème d'équité entre habitants des régions. Soit les habitants de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale sont soumis à ces centimes additionnels, mais dans ce cas les Flamands de Bruxelles-Capitale se trouveraient lésés puisque l'affiliation y serait facultative. Soit le centime additionnel

(8) C'est pourtant cette voie qui a été choisie par le gouvernement flamand pour le refinancement de la *Zorgverzekering*.

s'appliquerait uniquement en Région wallonne, mais dans ce cas les Wallons financeraient seuls l'assurance dépendance des Bruxellois. Signalons également le danger d'une concurrence fiscale entre régions créé par des prélèvements de centimes additionnels différents.

Ces constatations nous poussent à affirmer qu'un financement viable, efficace et équitable d'une assurance dépendance, quelle que soit sa forme, devrait intervenir au niveau fédéral.

## 6. EN GUISE DE CONCLUSION

Même si l'ampleur du phénomène peut être discutée, la dépendance constitue à long terme un risque inéluctable, qui occasionnera des coûts inévitables et difficilement supportables par les personnes concernées. Les assurances privées ne suffiront pas à prendre en charge ces coûts de manière efficace. L'assurance contre des soins de long terme présente des caractéristiques économiques particulières qui rendent souhaitable l'intervention des pouvoirs publics.

Le récent élargissement de l'allocation d'aide aux personnes âgées et le relèvement des petites pensions vont dans le sens d'une couverture accrue des besoins en soins non médicaux, mais laissent de larges pans de la population non assurés contre les soins non médicaux occasionnés par la dépendance en Région wallonne et bruxelloise. Le besoin d'une assurance dépendance pour cette population se fait sentir.

Il convient néanmoins d'être particulièrement attentif lors de la définition des modalités de cette assurance dépendance, afin d'éviter certains effets indésirables potentiels. Les goulots d'étranglement au niveau de l'offre, la substitution de l'aide informelle par l'aide formelle, la substitution de l'aide à domicile par la mise en institution, les conséquences d'une structure incitative inadaptée peuvent conduire à un accroissement des moyens nécessaires pour atteindre les personnes qui en ont le plus besoin. Les perspectives d'évolution du coût budgétaire d'une initiative d'assurance dépendance commandent en outre d'envisager des moyens de financement adéquats. Si l'on recherche un mode de financement à la fois viable sur le long terme, efficace et équitable, et vu les contraintes institutionnelles, c'est un financement au niveau fédéral qui s'impose.

Outre les difficultés inhérentes à l'introduction d'un mode de financement au niveau des entités fédérées, nous avons vu que la liberté d'affiliation à Bruxelles occasionnait des problèmes potentiels de sélection adverse. Ces problèmes ont été résolus dans la *Zorgverzekerling* en introduisant une inégalité de traitement entre Flamands bruxellois et Flamands habitant en Flandre au niveau des prestations, puisque les Bruxellois n'ont droit à une intervention, même pour une aide informelle, que s'ils ont eu recours le même mois à un service formel agréé, condition qui n'est pas imposée aux habitants de la Flandre. Nous avons vu que l'utilisation du lieu de

travail comme critère d'affiliation aurait pour effet de renforcer les problèmes liés à la coexistence de deux systèmes octroyant des prestations différentes. On peut également apprécier tout au long de cet article que les réponses idéales à certains problèmes de mise en œuvre peuvent parfois différer de celles qui ont été retenues dans le cadre de la *Zorgverzekering* par pragmatisme étant donné les contraintes inhérentes à la mise en œuvre au niveau d'une entité fédérée. Les interventions lors du colloque assurance dépendance du 23 octobre 2003 montrent bien que le débat sur ces modalités est loin d'être clos, tant au Nord comme au Sud du pays, ouvrant de ce fait un cadre de réflexion plus large que celui envisageable dans les limites des entités fédérées.

Un financement fédéral permettrait à deux systèmes aux modalités d'application différentes de dépasser une partie de leurs contraintes. Toutefois, la solution plus ambitieuse d'une assurance dépendance fédérale à la fois au niveau du financement et au niveau des prestations permettrait à chacune des parties du pays de répondre de manière encore plus efficace au défi de la dépendance. A la lumière de ces intérêts convergents, cette piste de réflexion apparaît moins utopique que de prime abord et la possibilité de la concrétiser mériterait d'être envisagée.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Assous, L. et Ralle, P., (2000) « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale », Conférence internationale de recherche en sécurité sociale, Association internationale de Sécurité sociale, Helsinki, pp. 25-27 septembre.

Breda, J., Geerts, J. et Teughels, S., (2000) *Aanvullende expertisenstudie inzake de externe kostprijs van de implementatie van de Zorgverzekering*, UFSIA - Vakgroep Sociologie en Sociaal Beleid, mai.

Bundesministerium Gesundheit, (2002a) *Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen*.

Bundesministerium Gesundheit, (2002b) *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*, 08/2002.

Consortium composé des équipes de trois universités francophones (ULB, UCL, ULg) et des membres francophones du Collège intermutuelliste, (2003) *Etude relative à la mise en œuvre des mécanismes d'aides en faveur des personnes en perte d'autonomie. Synthèse finale*, janvier.

de Henau, J., Meulders, D. et Zadunayski, E., (2003) *Home sweet home - Au chevet des politiques de maintien à domicile*, Brussels Economic Series, Editions du DULBEA, Bruxelles.

Ethgen, O., Gillain, D., Gillet, P., Gosset, C., Jousten, A. et Reginster, J.-Y., (2003) *Etude relative à la mise en œuvre des mécanismes d'aides en faveur des personnes en perte d'autonomie*, Ulg, Rapport final, janvier.

Fagnart, J.-L. et Lutte, I., (2002) *Etude relative à la mise en œuvre de mécanismes d'aide en faveur des personnes en perte d'autonomie. Analyse juridique*, ULB, novembre.

Jacobzone, S., (2000) *An Overview of International Perspectives in the Field of Ageing and Care for Frail Elderly Persons*, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n°38, OECD, Paris.

Jousten, A., (2004) Assurance dépendance en Belgique : réflexions d'un économiste, *Revue belge de sécurité sociale*, dans ce même numéro.

Lakdawalla, D. et Philipson, T., (2002) The rise in old-age longevity and the market for long term care, *American Economic Review*, March; Vol. 92, No. 1, pp. 295-306.



- Leroy, X. et Neyrinck, I., (2003) *Etude relative à la mise en œuvre par les pouvoirs publics de mécanismes de soutien en faveur des personnes ayant besoin d'aide dans leur vie journalière. Rapport final*, SESA-UCL, janvier.
- Meier, V., (1999) Why the young do not buy long-term care insurance, *Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 18, no.1, pp. 83-98.
- Miyazawa, K., Moudoukoutas, P. et Yagi, T., (2000) Is public long-term care necessary? , *Journal of Risk and Insurance*, vol. 67, no. 2, pp. 249-264.
- Norton, E.C., (2000) Long-term care, in A.J. Cuyler and J.P. Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, vol. 1B, pp. 955-994.
- Pacolet, J., Van De Putte, I., Decoster, A. et Van Camp, G., (2000), *De solidaire financiering van de Zorgverzekering*, Leuven, HIVA, 132 p.
- Pauly, M.V., (1990) The rational non-purchase of long-term care insurance, *Journal of Political Economy*, Vol. 98, No. 1, pp.153-168.
- Rubisch, M., Philipp, S., Worzel, W. et Enge, I., (2001) *Pflegevorsorge im Österreich*, herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Ruz Torres, R., Karakaya, G. et Plasman, R., (2002) *Etude relative à la mise en œuvre de mécanismes d'aides en faveur des personnes en perte d'autonomie, Quantification des bénéficiaires sur base de données administratives*, DULBEA, Université Libre de Bruxelles, décembre.
- Schneider, U., (1999) L'assurance sociale de soins de longue durée en Allemagne : conception, application et évaluation, *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52, no. 2, pp. 39-92.
- Swine, Ch., Lucas, P., Gillet, P., Gillain, D. et Falez, F., (2003) *Etude relative à la mise en œuvre de mécanismes d'aides aux personnes en perte d'autonomie. Etude de validation de différents instruments de mesure de la dépendance*, UCL-ULB-Ulg, janvier.
- Het Vlaams Zorgfonds, (2002) *Statistische analyse – situatie per 30 juni 2002*, 5 p.
- Van Oyen, H., Tafforeau, J. et Roelands, M., (1996) Regional inequities in health expectancy in Belgium, *Social Science and Medicine*, Vol. 43, No. 11, pp.1673-1678.
-

# TABLE DES MATIERES

## ASPECTS ECONOMIQUES D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE EN BELGIQUE FRANCOPHONE ET GERMANOPHONE

<b>1. INTRODUCTION</b>	69
<b>2. LA PLACE DE LA DEPENDANCE DANS LA LITTERATURE ECONOMIQUE</b>	70
<b>3. CONSIDERATIONS SUR L'OFFRE DE SOINS</b>	72
3.1. L'AIDE FORMELLE . . . . .	72
3.2. L'AIDE INFORMELLE . . . . .	73
<b>4. CONSIDERATIONS SUR LA DEMANDE D'AIDE</b>	74
4.1. QUANTIFICATION STATIQUE DES PERSONNES DEPENDANTES . . . . .	74
4.2. LIEU DE RESIDENCE OU LIEU DE TRAVAIL ? . . . . .	77
4.3. EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PERSONNES DEPENDANTES. . . . .	79
4.4. QUELQUES ARBITRAGES CONCERNANT LA DEFINITION DES BENEFICIAIRES ET DES TYPES DE PRESTATIONS . . . . .	82
<b>5. ET LE FINANCEMENT ?</b>	85
5.1. VIABILITE DU FINANCEMENT . . . . .	85
5.2. PROGRESSIVITE . . . . .	85
5.3. A QUEL NIVEAU DE POUVOIR LE FINANCEMENT DEVRAIT-IL INTERVENIR ? . . . . .	86
<b>6. EN GUISE DE CONCLUSION</b>	87
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	89

# ASSURANCE-DEPENDANCE EN BELGIQUE : REFLEXIONS D'UN ECONOMISTE (1)

PAR **ALAIN JOUSTEN**

Université de Liège, IZA et CEPR

## 1. INTRODUCTION

---

La plupart des pays développés font face à des changements démographiques importants. La baisse considérable du taux de fécondité ainsi que l'augmentation généralisée de l'espérance de vie sont à l'origine de ce qui est communément appelé la "crise des systèmes de retraite". Mais l'impact de ces changements démographiques ne se limite bien entendu pas aux systèmes de retraite. Au contraire, de nombreux aspects de notre vie quotidienne sont/vont être affectés. Ce constat est tout particulièrement vrai en ce qui concerne les biens et services ciblés sur les personnes âgées. Ainsi, tant la demande que l'offre de services de soins aux personnes dépendantes vont sans aucun doute voir leurs paramètres de base fortement évoluer.

Dans ce contexte général de défi démographique, les décideurs politiques de nombreux pays développés se voient confrontés à des demandes de plus en plus fréquentes pour des systèmes d'"assurance dépendance". Parmi les multiples motivations à la base de ces revendications certaines ressortent clairement. D'abord, l'intégration plus importante des femmes sur le marché de l'emploi, ainsi que l'augmentation continue du revenu disponible des ménages affectent fortement la donne en termes de services rendus aux personnes dépendantes, notamment par rapport aux soins informels et familiaux. Ensuite, l'évolution de l'espérance de vie n'est pas sans influence sur la relation d'aidant-aidé, notamment dans un contexte familial. Jadis, on faisait face à une structure familiale à deux générations d'adultes, où les "jeunes" contribuaient de façon active dans la prise en charge des "vieux" parents. Aujourd'hui, la réalité est mieux représentée par un modèle à trois générations d'adultes, où les enfants des personnes dépendantes sont eux-mêmes proches de la

---

(1) Ce papier est le fruit d'un travail réalisé dans le cadre d'une recherche inter-universitaire commanditée par les gouvernements fédérés des parties francophones et germanophones du pays. Je tiens à remercier Valérye Périn ainsi que les membres du groupe de travail pour leurs nombreux commentaires.

retraite, avec toutes les conséquences positives et négatives qui en suivent. Enfin, les tendances vers des structures familiales plus hétérogènes et fluctuantes ne vont pas être sans conséquence sur le monde des services aux personnes dépendantes.

L'objet de la présente étude est de porter un regard d'économiste sur la mise en place d'un tel système d'assurance dépendance, et ce aussi bien d'un point de vue tout à fait général que d'un point de vue plus particulier qui est celui de la Belgique. Le papier est structuré en plusieurs sections. La deuxième section définit certains concepts de base relatifs à tout système d'assurance et motive la mise en place d'un système d'assurance dépendance. La troisième section traite des problèmes d'information imparfaite et des incitants financiers puissants en découlant, notamment dans le cadre du choix entre services à domicile et services institutionnalisés. La quatrième section est consacrée à des aspects de fédéralisme fiscal, forts importants dans le contexte institutionnel belge. La cinquième et la sixième section analysent les questions de redistribution intra- et intergénérationnelle ainsi que de viabilité financière d'un tel système d'assurance dépendance. La section 7 décrit l'expérience allemande. La section 8 présente les conclusions de notre papier.

## **2. DEFINITIONS**

Il nous semble opportun de commencer par une définition économique de ce que nous entendons par le concept-même d'assurance dépendance. Il s'agit d'un mécanisme basé sur un principe assurantiel, c'est à dire un mécanisme qui couvre des individus, des firmes ou des institutions au moyen d'un paiement de primes d'assurance contre certains risques. Dans le cas d'espèce faisant l'objet de notre étude, il s'agit d'une couverture contre des conséquences liées à un état de dépendance.

Plusieurs commentaires s'imposent déjà à ce stade. Premièrement, un système d'assurance dépendance n'est pas nécessairement un système organisé par les pouvoirs publics. En effet, tout comme certains pays ont optés pour un système d'assurance santé auprès d'assureurs privés, il est facilement imaginable d'organiser un système d'assurance dépendance sur base d'une affiliation obligatoire ou facultative auprès d'assureurs privés.

Deuxièmement, même en supposant une intervention des pouvoirs publics dans l'organisation d'un tel système, plusieurs niveaux d'intervention doivent être distingués. Ainsi, les pouvoirs publics peuvent vouloir intervenir au niveau de la récolte des contributions à un système d'assurance pour des raisons d'efficacité en termes de coûts administratifs. Cet argument est particulièrement valide dans le contexte d'un système d'assurance avec une couverture (quasi-)universelle de la population, tel que par exemple l'assurance maladie-invalidité en Belgique. Un deuxième niveau d'intervention est la mise en place d'un organisme assureur, tel que par exemple les mutuelles publiques pour la dépendance en Allemagne, qui sont les gestionnaires

du système d'assurance santé. Un troisième niveau d'intervention est celui de la fourniture de biens ou de services aux assurés, tel que le fait le "National Health Service" anglais dans le domaine de l'assurance santé.

Troisièmement, il faut clairement distinguer un système d'assurance (sociale) d'un système d'assistance sociale, qui prévoit quant à lui des prestations en faveur de certaines catégories de personnes jugées dans le besoin sans primes ou contributions spécifiques pour la couverture contre le risque. Dans ce contexte, Summers (1989) montre toute l'importance de faire ressortir l'aspect assurantiel d'un système d'assurance sociale. Si les individus ne voient pas le lien entre leurs contributions versées et la couverture contre le risque ou les prestations du système, alors ils considèrent les contributions purement et simplement comme une forme d'impôts déguisés! Perçues de cette manière, les contributions au système d'assurance sociale adoptent toutes les caractéristiques d'un impôt (désincitant au travail,...) plutôt que de faire ressortir les caractéristiques assurantielles dues à la couverture d'un risque.

Enfin, il faut définir les risques couverts par l'assurance. Ainsi, il est important de préciser d'abord quelle personne est considérée comme dépendante, et ensuite en conditionnant sur une situation de dépendance reconnue, quelles dépenses ou quels besoins médicaux sont pris en charge par le système d'assurance (voir Joutten, 2003b). La tâche de la définition des différentes catégories de dépendance incombe essentiellement aux professionnels du secteur médico-social, mais la théorie économique a une contribution importante à fournir dans ce domaine comme les sections suivantes le montrent.

### 3. STRUCTURE INCITATIVE

#### 3.1. GENERALITES

Le monde réel est caractérisé par une structure informationnelle imparfaite, où certains ont une meilleure connaissance de ou un meilleur accès à l'information. La recherche économique de ces dernières décennies a mis l'accent sur l'étude des problèmes d'information asymétrique et leurs conséquences au niveau des prises de décisions, tant dans le domaine du secteur privé que du secteur public. De nos jours, la théorie économique contemporaine peut être considérée comme une aide à la décision importante en matière de structuration de programmes et de systèmes d'assurance, qu'ils soient privés ou sociaux.

De la recherche théorique dans des contextes d'information asymétrique, il ressort comme principal résultat que les solutions optimales d'un monde à information parfaite (souvent qualifiées d'optimum de premier rang) ne sont souvent plus atteignables dans un monde à information imparfaite. Dans une telle situation, la théorie du bien-être nous enseigne que l'objectif du gouvernement ne peut qu'être la recherche d'un optimum de second rang, i.e. sous contrainte informationnelle. En pratique, ceci signifie que le gouvernement essaie d'atteindre la meilleure solution possi-

ble en présence de ses limitations informationnelles et des comportements stratégiques des autres acteurs économiques qui visent à exploiter leur avantage informationnel. La poursuite de politiques ignorant les aspects incitatifs mène tout simplement à des situations bien pires que celles de second rang. L'exemple le plus parlant vient probablement du domaine de l'assurance vie. Une population formée de gens en bonne et mauvaise santé doit être assurée contre le risque de décès avant un âge  $X$ . En information parfaite, chaque type d'individu a sa propre police d'assurance, avec les gens en bonne santé payant une prime inférieure aux autres. Ceci constitue l'optimum de premier rang. En information imparfaite quand l'assureur ne peut plus identifier les différentes catégories de risque dans la population, ces deux contrats de premier rang ne sont plus viables. En effet, tout assuré va prétendre être en bonne santé, et par conséquent l'assureur quitte le marché. Un optimum de second rang intègre cet avantage informationnel des individus cherchant une couverture d'assurance. Ainsi, les contrats proposés dans un optimum de second rang doivent être structurés afin de donner la meilleure couverture d'assurance possible, mais en évitant que les personnes à haut risque ne prétendent être une personne à risque modéré. Exprimé en termes légèrement plus techniques, il faut introduire une contrainte incitative dans le problème de décision du gouvernement, contrainte qui permet d'intégrer cet avantage informationnel d'un des intervenants.

En effet, tout système d'assurance (ou d'assistance) génère automatiquement une certaine structure incitative qui peut conduire à des comportements stratégiques des individus. Deux grandes catégories de comportements stratégiques doivent être intégrées dans l'analyse et dans l'élaboration d'une structure d'assurance : la sélection adverse et l'aléa moral. La sélection adverse a fait l'objet de nombreuses recherches tant théoriques qu'empiriques. Rothschild et Stiglitz (1976) traitent le problème fondamental du marché des assurances en cas de liberté de sélection des individus. Si une personne à risque intrinsèque élevé arrive à prétendre être de risque faible et que l'assureur ne peut pas le détecter (techniquement ou pour des raisons légales), alors un marché d'assurances parfaitement concurrentiel connaîtra des dysfonctionnements importants. La sélection adverse conduit à un phénomène de sous-assurance des personnes à risque faible, et peut même conduire à une situation d'absence totale de marché d'assurance. Les remèdes classiques à de telles situations sont de deux types. Soit, les assureurs investissent dans des mécanismes de révélation de catégories de risque ou sont autorisés à utiliser les procédures techniquement faisables, ce qui se fait par exemple dans le cadre de l'assurance automobile ou de l'assurance vie. Soit les pouvoirs publics interviennent en limitant les choix des individus et en les obligeant à adhérer à une seule police d'assurance commune.

L'aléa moral ou risque moral est quant à lui dû au fait que l'agent économique peut influencer la probabilité et le coût des événements couverts sous une police d'assurance. L'exemple le plus connu est celui de l'assurance omnium. Une fois la police d'assurance signée, l'individu n'a plus d'incitant financier à minimiser les risques d'accidents et donc par ses comportements affecte les coûts à supporter par la compagnie d'assurance. Les problèmes d'aléa moral sont en principe plus importants

dans le cadre d'assurances organisées par les pouvoirs publics que dans les contrats avec des assureurs privés. En effet, ces derniers ont par leur objectif de maximisation des profits un intérêt certain à limiter des comportements excessifs (légaux ou illégaux) de la part des assurés.

### 3.2. L'ASSURANCE-DEPENDANCE

On peut facilement appliquer ces concepts généraux au cas particulier de l'assurance dépendance. Les différents acteurs économiques exploitent rationnellement leurs avantages informationnels par rapport à l'organisme assureur. Par acteurs économiques il ne faut pas seulement entendre les personnes dépendantes, mais aussi leurs familles ainsi que les personnes intervenant directement ou indirectement dans la fourniture de biens ou la prestation de services à ces personnes dépendantes, tels que les médecins, les infirmiers, les prestataires sociaux,...

Le problème de sélection adverse se manifeste à deux niveaux différents qui sont la décision des individus de participer ou de ne pas participer au système d'assurance ainsi que la décision quant aux catégories de personnes et aux soins et services couverts par le système. Les deux problèmes nous semblent militer pour un certain degré d'intervention gouvernementale dans la mise en place d'un système d'assurance dépendance. L'intervention gouvernementale peut prendre différentes formes.

Un premier degré d'intervention est de rendre la police d'assurance obligatoire pour un large groupe de personnes afin d'éviter que seuls les mauvais risques contractent une police d'assurance ce qui conduirait à une situation financièrement invivable. Cependant, il est important de noter que cet argument ne plaide pas nécessairement en faveur d'un système d'assurance géré par les pouvoirs publics, et qu'une assurance privée obligatoire peut être la piste à suivre (2).

Un deuxième degré d'intervention est la délimitation des prestations ou indemnités financées par le système d'assurance dépendance. Dans ce contexte, nous pensons essentiellement à la question de savoir comment les personnes dépendantes en maison de repos et en hôpital, d'une part, et les personnes dépendantes soignées à domicile, d'autre part, sont traitées par le système. En effet, il nous semble évident que le niveau de prestation relatif accordé aux uns par rapport aux autres (en quantité, qualité ou en termes de règles de remboursement) a le potentiel d'influencer de façon significative la demande relative pour les deux types de soins. Par exemple, un système d'assurance dépendance partiel, couvrant de façon nettement plus généreuse les frais de soins en maison de repos plutôt que les soins à domicile, a le potentiel d'induire de la sélection adverse au niveau des personnes dépendantes ou de leur entourage. Dans un tel cas et d'un point de vue strictement financier, toutes les familles qui prenaient en charge une personne à degré de dépendance réduite ont désormais tout intérêt à prétendre être confrontées à un cas

(2) Voir le cas de l'assurance-loi contre les accidents de travail.

de dépendance totale afin de faire admettre la personne dans une institution de soins. Cette substitution va bien évidemment de pair avec des coûts budgétaires importants au niveau du système d'assurance sociale, qui peuvent à la limite mettre en péril la viabilité du système. Le système en question doit donc être doté d'une structure incitative et/ou de contrôle qui permet d'éviter des dérapages budgétaires suite à ces phénomènes de sélection adverse. De plus, ces incitants créés par le système d'assurance dépendance peuvent facilement avoir des retombées sur d'autres branches d'assurance et du gouvernement vu qu'ils causent des changements de comportements importants conduisant à moins de prise en charge familiale et plus de recours aux services institutionnalisés.

L'aléa moral intervient également à plusieurs niveaux et représente un danger considérable pour la viabilité financière d'un tel système d'assurance dépendance. D'abord, il intervient au niveau de la personne dépendante et de son entourage direct. En présence d'un système d'assurance dépendance indemnisant certaines prestations et certains soins plutôt que d'autres, les individus peuvent stratégiquement réallouer ou réduire leurs efforts et de cette façon faire croître le volume et le coût des indemnités assurées par le système. Cette réallocation de ressources est susceptible de conduire à une substitution de soins formels fournis par des professionnels aux soins informels moins coûteux fournis par les membres de la famille. Par exemple, si le système rembourse les frais d'une aide familiale, alors plus aucun membre de la famille n'a intérêt à fournir des soins informels. Dans ce sens, l'architecture d'un système d'assurance dépendance est soumise à une contrainte puissante comme il s'agit clairement d'éviter de tels phénomènes de substitution socialement indésirables.

Ensuite, l'aléa moral dans une police d'assurance dépendance intervient au niveau du secteur des soins et du secteur médical. Ces intervenants ont tout intérêt à surévaluer l'état de dépendance des personnes dépendantes comme le volume et les types de prestations ne sont pas des paramètres donnés de façon tout à fait exogène, mais plutôt des variables discrétionnaires. La police d'assurance dépendance se rapproche dans ce sens d'une police d'assurance omnium, dans laquelle ni les bénéficiaires de soins, ni les prestataires de soin n'ont aucun intérêt à limiter les dépenses qu'ils font valoir vis-à-vis de la compagnie d'assurance. Ainsi, à titre d'exemple, la catégorisation de personnes en différentes classes de dépendance pose de gros problèmes d'aléa moral si les personnes impliquées dans ces décisions tirent un avantage direct ou indirect de cette même catégorisation. De ce point de vue, il est très important de prévoir des instances indépendantes de contrôle et de régulation, afin d'éviter des phénomènes de demande auto-générée à l'intérieur du secteur des soins. De même - à défaut d'une quote-part à charge de la personne dépendante ou de sa famille - il nous semble opportun d'assurer au moins une certaine publicité de la facturation des prestataires aux assureurs afin d'éviter des problèmes de surfacturation et des cas de "sur-classement" d'états de dépendance. Par sur-classement nous entendons un phénomène par lequel les prestataires fournissent des soins au-delà des besoins réels des personnes dépendantes (phénomène connu sous le nom anglais de *coding creep*).



### 3.3. SOINS A DOMICILE ET SOINS INSTITUTIONNALISES

Dans le contexte d'une assurance dépendance surgit inévitablement la question de la position relative des soins à domicile par rapport aux soins institutionnalisés, surtout au niveau des situations de dépendance partielle. Cette question est en fait plus complexe qu'elle ne peut le paraître à première vue.

Jousten, Lipszyc, Marchand et Pestieau (2003) développent un modèle théorique qui illustre que le choix entre les différents types de soins est un problème de décision multidimensionnel, du moins du point de vue social. D'abord, les deux types de soins se différencient au niveau des prestataires impliqués. Tandis que les soins en institution sont quasi-exclusivement fournis par des prestataires du secteur formel de l'économie, une bonne partie des soins à domicile sont réalisés dans le secteur informel par des proches de la personne dépendante, qu'ils soient des membres de la famille ou plutôt d'autres personnes de l'entourage. Par secteur formel il faut entendre des personnes morales ou juridiques généralement quelconques appartenant tout aussi bien au secteur privé (traditionnel ou tiers-secteur) qu'au secteur public qui prestent leurs services dans un cadre administratif et légal bien défini. Pour simplifier le raisonnement, les auteurs considèrent une situation extrême où l'entièreté des soins à domicile est fournie par la famille de la personne dépendante, tandis que les soins institutionnalisés sont entièrement fournis par des prestataires du secteur formel. Il est souvent admis que par leur structure administrative et organisationnelle par définition plus lourde, les prestataires de services de soins institutionnalisés souffrent d'un désavantage structurel au niveau des coûts de production des services de soins. Les auteurs adoptent ce point de vue en modélisant un avantage au niveau de l'efficacité de l'utilisation des ressources des prestataires à domicile.

Une deuxième caractéristique différenciant la prise en charge d'une personne à domicile de celle en environnement institutionnel est l'importance de motivations qu'on pourrait d'une façon stylisée appeler altruisme. Pour les auteurs, ce concept d'altruisme (vidé de toute connotation subjective quelconque) résume le degré dans lequel les proches intègrent le bien-être des personnes dépendantes dans leurs prises de décisions individuelles.

Une troisième différence provient des mécanismes de financement de ces deux grandes catégories de soins. Tandis que les soins institutionnels sont souvent fortement co-financés par les systèmes d'assurance maladie-invalidité, tel n'est souvent pas le cas pour les soins à domicile. En effet, les soins à domicile ont souvent une composante familiale beaucoup plus prononcée, que ce soit de façon directe par la prise en charge financière de certaines dépenses par la famille ou les proches de la personne dépendante ou que ce soit par des prestations de services de soins non-rémunérés, et donc parfaitement non-monétaires. Cette prise en charge différente a deux conséquences au niveau social.

D'une part, à dépenses données, les soins institutionnels nécessitent relativement plus de fonds publics que les soins à domicile. Un corollaire de cette observation générale est que le coût en termes de distorsions est forcément plus important dans le cas d'une prise en charge institutionnelle vu la nécessité de recettes fiscales plus importantes. Ce résultat se trouve encore renforcé par le fait que les effets désincitatifs augmentent plus que proportionnellement par rapport aux taux de taxation.

D'autre part, la prise en charge familiale décentralise de facto une partie de la prise de risque de la collectivité vers les familles. La décentralisation de la prise de risque peut paraître être une situation inacceptable sur des bases morales ou autres. La section suivante traite de ce problème et montre que ses conséquences peuvent être importantes.

### 3.4. PISTES DE REFLEXION

La décentralisation du risque de dépendance est un exemple typique de l'application de la théorie du second rang. En effet, dans un monde de premier rang à information et structure de marché parfaites, cette décentralisation des risques de dépendance est totalement dénuée de conséquences. Le gouvernement ainsi que les individus peuvent tout simplement réajuster leur comportement aux nouvelles données en termes de distribution de risque. Ainsi il est facile de montrer que des polices d'assurance privées ainsi que des transferts forfaitaires gouvernementaux entre les différentes catégories de personnes se substituent au système d'assurance collectif afin d'atteindre le même équilibre qu'avant décentralisation.

En cas d'information imparfaite, tel n'est plus le cas. L'exemple retenu par Jousten et al. (2003) est une information asymétrique au niveau du degré d'altruisme des enfants des personnes dépendantes. Les enfants peuvent stratégiquement dissimuler leur degré d'altruisme au gouvernement, qui ne peut donc plus se servir des politiques de transferts de ressources entre les altruistes et les non-altruistes vu qu'il n'observe plus le degré d'altruisme en tant que tel. A l'aide de leur modèle théorique simple, les auteurs montrent qu'il est optimal (au second rang) pour un gouvernement de ne pas parfaitement centraliser la prise de risque de dépendance. La politique optimale implique une prise en charge à domicile (subsidiée par l'Etat) des parents des enfants altruistes, tandis que les parents des enfants non-altruistes sont pris en charge dans des institutions (entièrement financées par l'Etat). L'intuition pour ce résultat de prise en charge différenciée en fonction du degré d'altruisme est simple. En effet, les contraintes purement budgétaires rendent impossible une prise en charge totale en institutions, tant pour cause des coûts de soins à domicile inférieurs que pour cause d'effets de distorsion du système fiscal.

Une autre caractéristique de l'optimum est que les non-altruistes arrivent dans la plupart des cas à faire supporter une partie des coûts des soins de leurs parents par les altruistes. En effet, aussi bien les altruistes que les non-altruistes financent les

soins en institutions via les impôts qu'ils paient. Exprimé différemment, il est donc socialement optimal de profiter de l'altruisme des gens afin d'éviter des structures de coûts excessifs et infinançables.

La politique optimale implique également que les soins institutionnels ne doivent pas être "trop généreux", afin d'éviter que les altruistes placent leurs parents en institution malgré leurs sentiments d'altruisme. Cette idée, qui peut paraître indécente à certains est cependant explicitement reconnue à l'étranger. Ainsi, le système d'assurance dépendance allemand introduit en 1995 sous le gouvernement de Helmut Kohl s'est inspiré de ce résultat, en décidant de limiter la générosité des soins institutionnels en excluant les dépenses de la vie de tous les jours ainsi que la partie logement du séjour en institution de la couverture du système. Vollmer (2000) résume bien cette situation quand il dit en page 10.

*"... Hence it follows that people in nursing homes have to pay their own living and accomodation. This was an explicit political decision. It was feared that the inclusion of living and accomodation costs into the range of care benefits would give relatives an incentive to "push off" the "old man" or (for that matter) "old lady" into a nursing home and keep his or her pension. ..."*

En résumé, les résultats théoriques montrent qu'il est socialement indésirable d'avoir une centralisation parfaite du risque de dépendance ou exprimé différemment une prise en charge totale par un système de protection sociale des coûts liés à un état de dépendance. Un optimum est également caractérisé par une position relativement importante accordée aux soins à domicile vu leur avantage en termes de coûts directs (prestations) et indirects (besoin en recettes fiscales moindre). Dans le cadre de la structure institutionnelle belge actuelle, ce résultat semble indiquer un besoin de renforcement des soins à domicile par rapport aux soins institutionnels afin d'éviter un recours trop fréquent aux soins institutionnels. Un tel objectif peut être atteint en utilisant aussi bien des politiques de stimulation d'offre de soins à domicile (subsidation des prestataires) que des politiques de demande (transferts monétaires aux personnes dépendantes à domicile afin de solvabiliser leur demande).

#### **4. FEDERALISME FISCAL**

Le contexte belge nous impose également une discussion des conséquences de la structure fédérale des pouvoirs publics. Ainsi, trois points retiennent tout particulièrement notre attention.

Premièrement, tandis que l'assurance dépendance à l'heure actuelle est un thème à vocation régionale ou communautaire, tel n'est pas le niveau institutionnel pour le système d'assistance sociale. En effet, le système d'assistance sociale pécuniaire qui prend en charge certaines dépenses découlant d'une situation de dépendance, et tout particulièrement celles relatives à des soins institutionnalisés fournis au profit de personnes à faible revenu, est basé sur une législation fédérale, mais organisé sur

une base communale sous forme des centres publics d'aide sociale (CPAS). Cette situation implique que l'introduction d'un système d'assurance dépendance universel au niveau d'une région ou communauté a des retombées directes sur la structure des dépenses des CPAS communaux via un changement du nombre de bénéficiaires ainsi que du montant des interventions.

Deuxièmement, l'assurance maladie-invalidité étant organisée sur une base fédérale, l'organisation d'un système d'assurance dépendance au niveau régional ou communautaire n'est pas de nature à simplifier la conception du système. En effet, nombreux sont les points de contact entre ces deux systèmes d'assurance, qui impliquent en toute hypothèse des questions délicates au niveau des compétences.

Troisièmement, une interaction de l'assurance dépendance régionale et communautaire et du code de taxation fédéral n'est pas à exclure. Ainsi, se pose tout particulièrement la question de la déductibilité fiscale des contributions ou primes d'assurance dépendance et de l'exonération fiscale des prestations de cette assurance. En cas de déductibilité et/ou d'exonération, l'introduction de systèmes hétérogènes dans les régions et communautés du pays conduit à des redistributions interrégionales et intercommunautaires des revenus.

## 5. REDISTRIBUTION

---

### 5.1. GENERALITES

Une dimension souvent négligée dans les discussions sur la désirabilité d'un système d'assurance dépendance est l'impact redistributif d'un tel système, qu'il soit à dominance du secteur public ou du secteur privé. Le manque d'intérêt porté à cette thématique est assez surprenant, vu les discussions intensives quasi-simultanées sur les aspects redistributifs des systèmes de retraite. Par impact redistributif nous entendons aussi bien un impact de redistribution de revenus au niveau intergénérationnel, qu'au niveau intragénérationnel entre différentes catégories socio-économiques de la population (3).

Au niveau intergénérationnel, une mise en parallèle avec les systèmes de retraite nous semble s'imposer (4). Les systèmes de retraite sont souvent organisés sur une base dite de répartition ou de *pay-as-you-go* (PAYG). Un pur système de répartition est fondé sur le principe que les actifs d'aujourd'hui paient les allocations versées aux retraités d'aujourd'hui. Ce paiement des retraites peut se faire soit au moyen d'une contribution spécifique pour le système de pension, soit au moyen du budget général des pouvoirs publics. Il y a donc nécessairement une dimension intergénéra-

---

(3) Par redistribution intragénérationnelle nous entendons exclusivement une redistribution (qu'on peut qualifier de *ex ante*) allant au-delà du pur partage du risque (*ex post*) inhérent à tout contrat d'assurance.

(4) Voir Jousten (2003a) pour une discussion plus détaillée.

tionnelle dans un tel système. Des exemples clés sont les systèmes de retraite publics en Belgique, en France et en Allemagne, mais aussi les systèmes publics hollandais et britanniques. A l'inverse, un pur système de capitalisation est organisé sur le principe que les contributions des actifs d'aujourd'hui servent à assurer les retraites de ces mêmes individus une fois qu'ils ont quitté le marché du travail. Cela signifie que les contributions des jeunes sont investies afin d'assurer le financement des dépenses de retraite futures avec le capital principal et les intérêts. Un tel système de capitalisation n'a donc pas de dimension intergénérationnelle dans son mécanisme de financement.

Il est important de noter que ces distinctions quant au mécanisme de financement sont valables indépendamment du degré de redistribution intragénérationnelle prévue dans un système spécifique. Ainsi, il est bien imaginable d'opter pour un système à capitalisation pur excluant toute redistribution intergénérationnelle mais fortement redistributif au niveau intragénérationnel en fonction du revenu.

Le degré de redistributivité au niveau intragénérationnel dépend quant à lui fortement des modalités de financement du système. D'autres facteurs importants sont la générosité des prestations et les critères d'éligibilité déterminant l'accès à ces prestations du système d'assurance. A titre d'exemple, nous contrastons les caractéristiques redistributives de base de deux systèmes de pension publics, le système allemand et le système public américain. Tandis que le système allemand prévoit des contributions proportionnelles aux revenus du travail et des prestations en termes de pensions également proportionnelles aux revenus du travail, le système américain quant à lui prévoit des contributions proportionnelles, mais des prestations fortement redistributives en faveur de certaines catégories de personnes. Ainsi, parmi d'autres, les ménages à un seul revenu professionnel, les personnes à bas revenu et les personnes à carrière incomplète profitent d'une redistribution en leur faveur dans ce dernier système.

## 5.2. L'ASSURANCE-DEPENDANCE

La comparaison avec les systèmes de retraite nous montre qu'un système d'assurance dépendance peut, mais ne doit pas avoir de dimension intergénérationnelle. Cela signifie qu'un choix de modalités d'organisation et de financement du système influence le degré de redistribution intergénérationnelle! En effet, à côté d'un système par répartition il est facilement imaginable de se servir d'un système proche de la capitalisation basé sur une logique d'assurance pure à l'intérieur d'un groupe d'âges relativement homogène. Une telle logique se traduirait par une absence totale de transferts intergénérationnels tant explicites qu'implicites. Les transferts générationnels explicites incluent les contributions individuelles à un système de répartition et les transferts financiers à charge du budget des pouvoirs publics, vu leur impact direct sur le niveau d'endettement public qui serait inférieur en leur absence. Les transferts implicites se composent essentiellement des possibilités de déductibilité

fiscale ou autrement dit des dépenses fiscales que les pouvoirs publics peuvent opérer en faveur d'un tel système d'assurance dépendance, avec les mêmes conséquences sur l'endettement public.

De plus, le parallèle avec les systèmes de retraite nous permet d'illustrer une autre facette de la problématique intergénérationnelle, qui est d'une importance capitale. Dans le courant de ces dernières années, un certain consensus semble avoir vu le jour en faveur d'un trend visant à décroître la redistributivité intergénérationnelle au fil du temps. Face au problème du vieillissement, les acteurs économiques, politiques et sociaux semblent avoir reconnu l'importance de compléter le système de retraite traditionnel par un système de capitalisation complémentaire, afin d'assurer la viabilité du système de retraite public à moyen et long terme tout en assurant un niveau relativement important de la pension de retraite. Cependant, de façon assez curieuse, cette logique ne semble pas être suivie dans bon nombre de discussions sur la désirabilité d'un système d'assurance dépendance. Dans une large majorité des cas, les discussions ignorent totalement le lien étroit avec les systèmes de retraite et se concentrent exclusivement sur des alternatives impliquant un large degré de redistribution entre générations. La dichotomie quasi-totale entre les deux programmes d'assurance est d'autant plus curieuse, vu que l'introduction d'un système d'assurance dépendance par répartition annulerait en partie les effets intergénérationnels en sens opposé d'une stimulation fiscale des retraites complémentaires par capitalisation.

Le degré de redistribution intragénérationnelle dépend fortement des modalités de financement et d'indemnisation, et peut tout aussi bien prendre une forme régressive que progressive en termes de richesse ou de revenu. Un exemple permet d'illustrer cette observation générale. Un système public d'assurance dépendance entièrement financé par des transferts du budget fédéral, régional ou communautaire redistribue en faveur des personnes ayant des revenus à régime fiscal avantageux, tel que les revenus du capital.

## **6. VIABILITE DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE**

La question de la viabilité d'une assurance dépendance doit être étudiée aussi bien à court qu'à moyen et long terme. La viabilité à court terme est une contrainte relativement facile à comprendre, du moins du point de vue conceptuel. L'équilibre budgétaire de l'assurance impose une égalité entre entrées et sorties.

Parmi les rentrées financières d'un système d'assurance, on trouve notamment les primes d'assurance, mais aussi les transferts des pouvoirs publics et les revenus éventuels d'investissements. En fonction des modalités d'organisation du système, il faut intégrer des limitations explicites ou implicites en termes de pression fiscale et parafiscale totale imposées aux travailleurs. En effet, une dépendance trop forte des recettes fiscales peut conduire à des relèvements de taux de taxation, avec tous les

effets désincitatifs bien connus. Parmi les sorties on trouve essentiellement les indemnités des assurés, mais également pour une part non négligeable les coûts structurels et administratifs. De ce point de vue, il est évident qu'une stratégie de compression de coûts peut consister dans le regroupement de cette police d'assurance au sein d'entités déjà actives dans le même domaine d'activité à l'étranger ou dans des domaines d'activités semblables dans le pays.

Les autres composantes de la contrainte budgétaire peuvent paraître peu contraignantes dans le contexte de la recherche d'un équilibre du système. En effet, la tentation peut être grande de démarrer le système sur une pure base de répartition, qui dans sa version extrême ne nécessite que très peu de moyens pour démarrer le programme : une cohorte relativement importante commence à contribuer en temps  $t$ , et une cohorte de bénéficiaires (plus petite en taille) retire des indemnités dès le temps  $t$ . En  $t+1$ ,  $t+2$ ,... les cohortes de contribution et d'indemnité sont progressivement augmentées. C'est le phénomène que les économistes désignent par le nom de déjeuner gratuit, c'est-à-dire les premières générations ont accès à des prestations pour lesquelles elles n'ont contribué que de façon très partielle. Un parallèle avec les systèmes de retraite publics nous semble à nouveau assez illustratif (5). Les systèmes publics de retraite dans la plupart des pays européens datent dans leur forme actuelle de la fin de la deuxième guerre mondiale, et les premières générations ont pu profiter du déjeuner gratuit. Les systèmes de retraite ont dépassé cette phase de démarrage et se trouvent désormais dans une phase de stabilité. De plus, les changements démographiques et comportementaux (retraites anticipées) érodent les recettes en termes de contributions et poussent les versements de pension vers le haut.

Même si les facteurs purement démographiques jouent différemment pour une assurance dépendance que pour une assurance vieillesse, le constat de base d'une population vieillissante n'est pas sans conséquences, tout particulièrement dans le contexte d'un financement par répartition. Ainsi, le tableau 1 documente les projections des recettes et des dépenses divergentes des systèmes d'assurance vieillesse et santé (englobant certains soins institutionnalisés et à domicile) pour les personnes âgées aux USA. Tant les retraites que l'assurance santé pour les personnes âgées sont essentiellement financées sur une base de répartition. Malgré une transition démographique moins sévère aux USA qu'en Europe, les chiffres peuvent servir de base pour une remise en question fondamentale du modèle de répartition comme modèle de référence en termes de financement d'une assurance dépendance. En adoptant une approche résolument globale au niveau de la projection des dépenses des programmes d'assurance vieillesse et dépendance, il nous semble que seule une base de financement évitant la redistribution intergénérationnelle excessive permet d'assurer une viabilité à long terme du système d'assurance dépendance.

(5) Voir Jousten (2003a) pour une discussion plus détaillée.

**TABLEAU:** PROJECTION DES RECETTES ET DES DEPENSES AUX USA (EN % DU PIB)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Taux de dépendance démographique (a) (%)	21,1	21,4	27,5	35,5	36,9	37,2
Retraites (contributions)	5,00	4,96	4,94	4,91	4,84	4,77
Retraites (dépendances)	4,65	4,87	5,80	6,57	6,56	6,50
Santé (b) (contributions)	1,46	1,47	1,49	1,51	1,50	1,49
Santé (dépendances)	1,92	2,43	3,18	4,01	4,49	4,63
Total						

(a) Le taux de dépendance démographique correspond à la population âgée de plus de 65 ans divisée par la population entre 20 et 64 ans.

(b) Le système d'assurance santé obligatoire "Medicare, Part A" couvre toutes personnes retraitées âgées de plus de 65 ans.

Source: OASDI Trustee Report (1997), tableau III C1, scénario central.

## 7. LE SYSTEME ALLEMAND

### 7.1. GENERALITES

Le système d'assurance dépendance allemand introduit en 1995, constitue une étude de cas intéressante d'un point de vue belge. En effet, par sa structure économique ainsi que par son système de protection sociale, l'Allemagne est l'un des pays ressemblant le plus à la Belgique. Même au-delà, les deux pays sont organisés sur base d'une structure fédérale, et partagent donc le même type de considérations de fédéralisme fiscal.

Le législateur allemand a opté pour une organisation fédérale du système d'assurance dépendance. Le système est caractérisé par une couverture obligatoire de tous les travailleurs employés en Allemagne. Au niveau de l'affiliation et de l'administration, le principe de base est que l'assurance dépendance suit l'assurance santé (6). C'est ainsi, que les individus assurés sous le système d'assurance santé social sont également assurés sous l'assurance dépendance sociale (92 pour cent de la population), tandis que ceux assurés par une société privée au niveau des risques santé le sont aussi pour le risque de dépendance. Dans la section ci-dessous, nous analyserons uniquement la partie sociale de l'assurance dépendance allemande.

Le système d'assurance est financé à l'aide d'une contribution prélevée sur tous les revenus soumis à contribution sociale, c'est à dire sur les travailleurs, mais aussi les pensionnés. Les contributions individuelles sont liées au revenu. Le taux de contri-

(6) En pratique, chaque fonds d'assurance maladie a créé un fonds d'assurance dépendance qu'il gère par la suite.



bution lors de l'introduction du système était de 1,3 pour cent des revenus plafonnés, mais est déjà passé à 1,7 pour cent en 1996, et se montre actuellement insuffisant à couvrir le flux de dépenses du système (7). Le plafond (ajusté annuellement) est le même que celui applicable dans le domaine de l'assurance santé et est actuellement de l'ordre de 3300 EUR de revenus mensuels. A l'encontre des taux de contribution d'assurance santé, qui sont fixés au niveau des différents fonds d'assurance santé, le taux de contribution de l'assurance dépendance est, tout comme le taux de contribution au système de pension, fixé par voie législative et uniforme pour tous les travailleurs.

Le système allemand propose une couverture aussi bien des soins à domicile que des soins institutionnels. L'indemnisation des soins à domicile inclut deux alternatives. Soit l'individu et sa famille optent pour le remboursement des coûts liés aux prestations de services par des professionnels (avec des plafonds de remboursement en fonction du degré de dépendance), soit ils optent pour une indemnisation des prestations informelles. Dans ce dernier cas, deux types d'intervention du système d'assurance dépendance sont prévus. D'une part, il verse une indemnisation forfaitaire qui est fonction du degré de dépendance de la personne concernée (entre 200 EUR et 650 EUR). D'autre part, si le prestataire informel respecte certaines conditions, le système verse des contributions à l'assurance retraite afin de récompenser l'aidant pour ses efforts. La motivation de ces mesures doit être cherchée dans le désir des décideurs allemands de maintenir une certaine balance (délicate) entre les indemnisations des soins à domicile (aussi bien formels qu'informels) et en institution afin d'éviter un recours trop fréquent aux services institutionnels.

L'introduction de l'assurance dépendance obligatoire en 1995 a eu un impact considérable sur les budgets consacrés à l'assistance sociale. Deux facteurs expliquent cet impact. D'abord, l'Allemagne est caractérisée par une loi qui oblige les centres publics d'aide sociale à supporter les coûts liés à la dépendance en cas de ressources insuffisantes au niveau de la famille de la personne dépendante. Ensuite, la loi introduisant l'assurance dépendance stipule que les allocations versées sous ce régime ne sont pas cumulables avec celles versées sous le régime d'aide sociale, ces dernières se trouvant réduites d'un EUR pour chaque EUR indemnisé par le système d'assurance dépendance. Une autre facette de cette diminution des enveloppes budgétaires de l'assistance sociale consacrées à l'indemnisation de prestations liées à la dépendance est la diminution importante du nombre de personnes recevant de l'aide sociale pour cause de dépendance. Ainsi, le nombre d'allocataires sociaux qui bénéficient de soins à domicile a chuté d'approximativement deux tiers de 1994 à 1998 pour atteindre un chiffre absolu de 60.000 bénéficiaires. Quant aux personnes institutionnalisées dépendantes de l'assistance sociale, leur chiffre a diminué de 44 pour cent environs entre le début de l'indemnisation de ces soins institutionnalisés en 1996 jusqu'en 1998.

(7) Les contributions de 1,7 pour cent sont à charge des travailleurs et des employeurs pour des parts égales, à l'exception du *Land Sachsen* où les travailleurs doivent supporter une part plus importante (1,35 pour cent). La cause de cette particularité est le refus de ce *Land* d'abolir un jour férié légal en contrepartie des contributions des employeurs.

## 7.2. VIABILITE FINANCIERE A LONG TERME

Le système est un pur système de répartition, c'est à dire que les contribuables d'aujourd'hui (une large part de jeunes travailleurs) paient les allocations versées aux personnes dépendantes (essentiellement des personnes âgées). Dans ce sens, le système allemand renforce l'aspect de redistribution intergénérationnelle déjà très prononcé au niveau du système de retraite public (*Gesetzliche Rentenversicherung*). Le système de retraite allemand est l'un des plus généreux en Europe et est organisé sur une base de répartition pure, avec ajustement annuel du taux de contribution en fonction des besoins budgétaires du système. Vu le processus de vieillissement relativement précoce et profond de l'Allemagne, les taux de contribution nécessaires pour équilibrer les budgets du système de retraite à politique inchangée devraient passer d'un chiffre fort impressionnant proche de 20 pour cent des salaires à un chiffre difficilement concevable de 25 pour cent à l'horizon 2040 (voir Börsch-Supan et al. 2001). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les réformes récentes du gouvernement sortant de Gerhard Schröder qui a introduit des incitants fiscaux importants en faveur d'une épargne pension complémentaire privée. (voir notamment les comptes d'épargne pension *Riester*, portant le nom du ministre de l'emploi)

Selon Fetzer et al. (2002), les projections des taux de contribution de l'assurance santé ne sont guère plus encourageantes. En effet, sous l'effet combiné du vieillissement et de l'innovation dans le domaine médical, les taux de contribution nécessaires à un équilibre budgétaire des fonds d'assurance santé doivent, selon les projections, augmenter du taux actuel de 13,6 pour cent à environ 17 pour cent en 2040 dans un scénario optimiste. Le chiffre en 2040 est même d'environ 25 pour cent dans le cas d'un taux de croissance des dépenses de santé de 1 point de pour cent plus élevé que le taux de croissance du PIB.

Les mêmes auteurs indiquent cependant que les déséquilibres budgétaires sont les plus prononcés au niveau du système d'assurance dépendance. En effet, c'est l'assurance dépendance qui - par son immaturité financière - nécessite les accroissements les plus importants en termes relatifs. Ainsi, sous l'hypothèse optimiste d'une absence totale de pression sur les coûts et d'une absence totale d'accroissement de la générosité du système, les auteurs montrent que les taux de contribution nécessaires doivent doubler à l'horizon 2050 à un taux de 3,5 pour cent. Dans le cas d'un taux de croissance des dépenses supérieur de 1 point de pour cent au taux de croissance du PIB, il faudra un taux de contribution de 5,5 pour cent, ce qui représente plus d'un triplement des dépenses. Les diverses projections illustrent l'ampleur des déséquilibres sous-jacents et leurs conséquences intergénérationnelles. En vue de ces résultats, les mêmes auteurs ont récemment plaidé pour une abolition - pourtant douloureuse - de l'assurance dépendance publique basée sur le principe de répartition à cause de sa nature non réformable et de son avenir catastrophique (voir Fetzer et al., 2003).

## 8. CONCLUSIONS

---

La discussion sur la désirabilité d'un système d'assurance dépendance doit impérativement intégrer des éléments d'analyse économique. Il est important de reconnaître que le différentiel d'indemnisation des soins à domicile par rapport aux soins en institution a une influence certaine sur la fréquence de recours aux différents types de soins par le biais des contraintes informationnelles.

Le cas allemand nous enseigne que la viabilité du système à long terme doit être une préoccupation dès la phase de lancement d'un système. Ainsi, on évite deux problèmes majeurs : d'une part, dépenser des ressources en hypothéquant les générations futures, par définition sans droit de vote au présent, et d'autre part, la nécessité de réajustements structurels inévitables à moyen terme vu la dégradation programmée de la situation financière.

Les projections sus-mentionnés plaident clairement contre l'introduction d'un système exclusivement basé sur la répartition où les actifs d'aujourd'hui paient les frais liés à la dépendance de tous les dépendants d'aujourd'hui. L'introduction d'un système d'assurance par lequel les contributions d'une génération servent – du moins en partie – à financer leurs propres dépenses de dépendance va dans ce sens. Ce faisant, on évite en passant une partie de l'aspect désincitatif des contributions étant donné que les travailleurs voient le lien entre leurs contributions et les allocations qui seront versés à leur génération. Il est important de noter que ceci ne signifie nullement qu'on désolidarise et individualise nécessairement l'assurance dépendance sous forme d'un régime purement privé (de second ou troisième pilier). En effet, une capitalisation collective dans le cadre du système public d'assurance sociale (premier pilier) est parfaitement imaginable, même si elle doit impérativement être adaptée au contexte institutionnel belge.

Il ne s'agit pas non plus de rompre la solidarité intergénérationnelle qui sera toujours nécessaire si ce n'est que par la nature peu prévisible des dépenses de dépendance à long terme telles qu'illustrées par les projections allemandes. L'objectif doit plutôt être un renforcement des bases financières du système à plus long terme. Dans ce sens, la politique d'assurance dépendance serait aussi plus cohérente avec les politiques menées dans le domaine des retraites, qui tendent vers une réduction du lien intergénérationnel (stimulants fiscaux à l'appui) afin d'atteindre une situation plus viable à long terme.

Tant les considérations incitatives que les considérations de viabilité nous conduisent à conclure que la taille du système d'assurance dépendance ne dépend pas seulement des besoins tels que mesurés par les spécialistes médicaux et sociaux. Il ressort clairement que l'étendue du système peut seulement être un compromis entre ce qui est économiquement faisable et ce qui est socialement désirable.

---

**BIBLIOGRAPHIE**

---

- Atkinson, A., et Stiglitz, J., *Lectures in Public Economics*, Mc Graw Hill, New York, 1980.
- Börsch-Supan, A., Reil-Held, A. et Schnabel, R., Pension Provision in Germany, in R. Disney et P. Johnson, (eds.), *Pension Systems And Retirement Incomes Across OECD Countries*, Edward Elgar, Londen, 2001.
- Fetzer, S., Moog, S., et Raffelhüschen, B., Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft*, 3, pp. 279-302, 2002.
- Fetzer, S., Moog, S. et Raffelhüschen, B., *Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie*, Discussion Paper, 106/03, Institut für Finanzwissenschaft, Universität Freiburg, 2003.
- Jousten, A., Départ à la retraite : Une perspective internationale, *Revue Française d'Economie*, XVIII, pp. 83-99, 2003a.
- Jousten, A., L'assurance dépendance : Quels risques à assurer?, *Risques* 55, pp. 90-96, 2003b.
- Jousten, A., Lipszyc, B., Marchand, M., et Pestieau, P., Long-term care insurance and optimal taxation for altruistic children, *CORE Discussion*, Paper 2003/63, 2003.
- OASDI Trustee Report, *Annual Report of the Board of the Federal Old-age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds*, US Department of Health and Human Services, Social Security Administration, Office of the Chief Actuary, Washington DC, US Government Printing Office, 1997.
- Rothschild, M., et Stiglitz, J., Equilibrium in competitive insurance markets: An essay in the economics of incomplete information, *Quarterly Journal of Economics*, 90, pp. 624-649, 1976.
- Summers, L., *Some simple economics of mandated benefits*, American Economic Review, 79(2), pp. 177-183, 1989.
- Vollmer, R., *Long-term care insurance in Germany*, Background Paper, Federal Ministry of Health, Bonn, 2000.
-

# TABLE DES MATIERES

## ASSURANCE DEPENDANCE EN BELGIQUE : REFLEXIONS D'UN ECONOMISTE

<b>1. INTRODUCTION</b>	93
<b>2. DEFINITIONS</b>	94
<b>3. STRUCTURE INITIATIVE</b>	95
3.1. GENERALITES . . . . .	95
3.2. L'ASSURANCE DEPENDANCE . . . . .	97
3.3. SOINS A DOMICILE ET SOINS INSTITUTIONNALISES . . . . .	99
3.4. PISTES DE REFLEXION . . . . .	100
<b>4. FEDERALISME FISCAL</b>	101
<b>5. REDISTRIBUTION</b>	102
5.1. GENERALITES . . . . .	102
5.2. L'ASSURANCE-DEPENDANCE . . . . .	103
<b>6. VIABILITE DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE</b>	104
<b>7. LE SYSTEME ALLEMAND</b>	106
7.1. GENERALITES. . . . .	106
7.2. VIABILITE FINANCIERE A LONG TERME . . . . .	108
<b>8. CONCLUSIONS</b>	109
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	110

# DISCUSSION SUR L'INTRODUCTION D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE DANS L'UE (1)

**PAR JOZEF PACOLET**

Professeur, Hoger Instituut voor de Arbeid, K.U. Leuven

## 1. L'ACTUELLE PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES AGEES ET LE DEBAT SUR D'EVENTUELS CHANGEMENTS : APERCU DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DANS DIFFERENTS PAYS

Autriche :

Depuis le 1er juillet 1993 s'organise au niveau fédéral une certaine forme d'assurance-dépendance (sous la forme de 'Pflegegeld'). En fonction du niveau de dépendance, celle-ci garantit un revenu supplémentaire, généralement payé par le secteur des pensions, défini comme un versement pour les soins. Toutefois, cet argent peut également être utilisé pour des prestations supplémentaires (services communautaires et même services résidentiels). Les 'Länder' ont convenu d'améliorer l'offre de tels services.

Belgique :

Après une période de statu quo dans la discussion sur l'assurance-dépendance à la suite de motifs budgétaires et institutionnels, de nouvelles initiatives régionales ont été annoncées (mi 1997, début 1998). Entre-temps, diverses adaptations graduelles des systèmes fédéraux de financement existants ont été réalisées, permettant de résoudre la plupart des problèmes financiers : introduction d'une 'franchise sociale' (limitation du ticket modérateur pour les malades chroniques), conversion d'un nombre accru de lits de maisons de repos en lits de maisons de repos et de soins avec de meilleures conditions de financement de l'assurance-maladie, proposition visant à un meilleur statut (légal) du principal soignant informel, élargissement significatif du personnel des services de santé et des services aux seniors après une nouvelle action des syndicats (qui ont réclamé plus de 70.000 nouveaux emplois dans le

---

(1) Les résultats de l'étude complète sont publiés dans les rapport suivants : Jozef Pacolet, Ria Bouten, Hilde Lanoye et Katia Versieck, Protection Sociale des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de l'UE et Norvège. Rapport de synthèse, Commission des Communautés européennes, Bruxelles, 1999; Jozef Pacolet, Ria Bouten, Hilde Lanoye et Katia Versieck, Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member states and Norway. Volume 1. Basic Report, Ashgate, Aldershot, 2000; Jozef Pacolet, Ria Bouten, Hilde Lanoye et Katia Versieck, Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member states and Norway. Volume 2. Statistical and Institutional Annexes, HIVA-K.U.Leuven, Louvain, 1999.

secteur de l'aide sociale et de la santé, où sont actuellement occupées 280 000 personnes), amélioration de la protection des malades chroniques dans l'assurance-maladie et financement plus favorable des services au niveau régional. Le Gouvernement flamand formule actuellement des propositions explicites en faveur d'une assurance-dépendance.

Allemagne :

Le 1<sup>er</sup> janvier 1995, une assurance-dépendance ('Pflegeversicherung') pour les soins à domicile et, le 1<sup>er</sup> juillet 1996, une assurance pour les soins résidentiels ont été introduites comme cinquième pilier de la sécurité sociale. En ce qui concerne le financement et l'universalité, elles sont structurées selon les mêmes modèles. Le financement est basé sur la solidarité de l'ensemble de la population (y compris des retraités) et sur un double principe : la prévention et la revalidation sont préalables aux soins et les soins à domicile sont plus importants que les soins institutionnels ou résidentiels. Le soutien du développement de l'offre et surtout de l'infrastructure reste du ressort des Länder. (Un programme ambitieux a été lancé pour améliorer le niveau de qualité dans les nouveaux Länder). Le débat relatif au niveau des allocations - l'aide sociale est toujours nécessaire - se poursuit. D'autres discussions portent sur la ligne de démarcation entre ce qui relève de l'assurance-maladie et ce qui ressortit à l'assurance-dépendance, tout comme sur ce qu'est le soin aux handicapés. La formule d'aide en espèces dans les soins à domicile rencontre un succès inespéré. Un nombre considérable d'emplois ont été créés (plus de 70 000). Grâce à cette grande solidarité, la situation financière est sous contrôle (les dépenses n'augmenteront qu'à peine de 2,5% par rapport aux salaires en 2030), mais, depuis le début, le financement supplémentaire est raisonnablement limité (puisque les dépenses d'aide sociale engendrent un effet de récupération et qu'un jour de congés payés a été échangé contre la cotisation des employeurs).

Danemark :

Des discussions ont lieu sur le financement futur des pensions de retraite et sur l'augmentation de l'âge légal du départ à la retraite ; par ailleurs, on tente d'améliorer la qualité du logement en rapport avec les services à domicile pour personnes âgées et d'introduire le droit de porter plainte, de donner un meilleur financement national et même de privatiser.

Espagne :

Actuellement, on y débat sur la viabilité du système des pensions. Par ailleurs, certaines indications font apparaître que le système des soins des personnes âgées dépendantes - qui, jusqu'à tout récemment, reposait sur des dispensateurs de soins informels - est insatisfaisant. A ce jour, ceci n'a pas mené à une demande générale d'une assurance-dépendance. Le 'Plan Gerontológico' national semble représenter une assurance-dépendance sélective qui couvre la plupart des services de soins traditionnels, tout en conservant une vision optimiste sur les coûts globaux.

## France :

Différentes propositions ont été mises en avant en relation avec une assurance-dépendance, répondant ainsi à une discussion ancienne ainsi qu'à des attentes sociales plus élevées, mais aucun choix final et décisif n'a encore été arrêté. Une réorganisation du secteur et la création de nouveaux emplois sont escomptées des systèmes 'à ticket' de l'assurance-dépendance.

Entre-temps, les lacunes quantitatives et qualitatives restent évidentes, e.a. l'absence d'aide médicale dans les soins sans mettre en danger l'autonomie de la personne âgée. Certaines propositions ont été introduites aux niveaux régional et national dans différentes branches de la sécurité sociale ainsi que dans le domaine de la réforme/création de systèmes existants et nouveaux d'allocations de dépendance. La discussion se poursuit e.a. sur le fait de savoir si cette aide peut être récupérée auprès de la famille et/ou si elle doit de préférence être accordée en nature.

Le 18 décembre 1996, une nouvelle loi (de transition ?) a été approuvée, laquelle portait sur une assurance-dépendance au niveau régional (Département), la 'Prestation spécifique dépendance' qui, après un contrôle des revenus, du degré de dépendance et du niveau des soins (après appréciation convenable), peut être récupérée sur l'héritage ; elle se rapporte tant aux soins à domicile qu'aux soins résidentiels mais elle ne fait pas l'objet d'un financement supplémentaire clair. Elle aura probablement l'avantage d'améliorer aussi la coordination du secteur.

## Italie :

Les discussions se sont focalisées sur la réforme du système des pensions en vue d'aboutir à un régime mixte, mieux financé et lié aux revenus. Dans le système des soins de santé, les responsabilités des autorités régionales et nationales se confondent, d'où un certain nombre de problèmes. Dans le cadre de la réforme du système de soins pour personnes âgées dépendantes, une combinaison des aspects de santé et d'aide sociale doit être faite.

## Irlande :

Des propositions de réforme sont sur la table. Celles-ci sont basées sur les principes d'une approche holistique et globale, avec une priorité pour les soins à domicile, un financement public et une dispense de soins privée et concurrentielle. Le financement public est cependant de type 'front-end' (les soins de longue durée sont limités à une année), et doit être complété par des assurances privées.

## Grèce :

Un taux de remplacement élevé et un haut niveau des dépenses pour les pensions de retraite n'empêchent une grande pauvreté de régner parmi les personnes âgées. Malgré la gratuité des soins de santé, la part personnelle dans les coûts a été relevée (souvent de manière illégale). On observe des services résidentiels limités et la montée en puissance des soins à domicile.



**Luxembourg :**

Le Grand-Duché a adopté un plan concret pour l'introduction d'une assurance-dépendance légale, inspirée du système allemand. La loi a été approuvée le 19 juin 1998.

**Pays-Bas :**

Après plusieurs réformes de l'assurance-maladie, de nouvelles définitions et répartitions des tâches ont été introduites pour l'assurance-maladie et l'Algemene wet op de Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Loi générale sur les coûts particuliers de maladie). Cette loi, au départ envisagée comme une assurance-dépendance, comprend tout à la fois des composantes de santé et de soins ainsi que le logement. Les réformes organisationnelles regroupent les disciplines sociales et médicales en un seul dispensateur de soins commun, avec un système de régulation commune. Ceci illustre le fait que la ligne de démarcation entre les deux s'estompe chaque jour davantage.

**Portugal :**

Le secteur (privatisé dans une large mesure) des soins aux personnes âgées, essentiellement résidentiel, est sous-développé. Lorsque des infrastructures sont disponibles, celles-ci s'avèrent particulièrement onéreuses pour les aînés, étant donné que la plupart des pensions de vieillesse sont modestes (à l'exception de celles des fonctionnaires). Une partie de l'aide au revenu sert à subventionner le loyer et même à le contrôler. Les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier d'autres dispositifs : subventions de loyer, prestation pour aide de tiers ou aide en nature.

**Royaume-Uni :**

Le débat sur la réforme des pensions de retraite légale et les pensions de retraite complémentaires privées ou d'entreprises n'est toujours pas clôturé. Deux opinions politiques semblent évoluer davantage en direction d'un système mixte. Les soins de longue durée font l'objet d'un conflit entre la solution NHS universelle et la solution des services sociaux personnels en fonction des revenus et de l'état de fortune. La première solution semble jouir du soutien de l'opinion publique, ce qui a pour résultat qu'en fin de compte, l'on opte pour la continuation des systèmes existants de soins (de santé) gratuits. En 1998, une 'Royal Commission on Long-Term Care (Commission Royale sur les soins de longue durée) a été instituée.

**Finlande :**

Un débat est en cours sur les niveaux tant quantitatif que qualitatif du système des soins. Un soutien croissant est accordé à une plus grande revalidation, une plus grande liberté de choix mais aussi à un niveau de contribution plus élevé. Une attention particulière, accordée au logement des personnes âgées, se fait ressentir. Le besoin général de réorganiser l'offre du système des soins (p. ex. il existe toujours des lits pour soins de longue durée dans les hôpitaux, les soins résidentiels sont onéreux pour les personnes âgées parce que leur revenu est limité à de l'argent de poche), et ce, dans le sens d'une dispensation de soins plus axée sur les soins à domicile.

Suède :

Le système des soins a reçu de formidables coups de butoir tant en ce qui concerne les aspects quantitatif que qualitatif, est retombé par conséquent au niveau des années '60 (ceci ressort aussi des dépenses pour les soins de santé, cf. supra). Il en résulte une grande insatisfaction quant à la disponibilité et la qualité des services (manque de bonnes normes de qualité), et la peur de lacune dans le domaine des soins ('caring gap') encore plus grande pour 2010. Sous la pression de l'avènement d'un nouveau parti dit « des personnes âgées », la politique a changé de cap en 1996. Entre-temps, la "privatisation comme règle générale" s'est introduite dans le domaine des soins chroniques. Les insuffisances du système public ont entraîné l'avènement d'un marché pour une assurance-dépendance privée, proposée depuis 1997 par les plus grandes compagnies d'assurance et positivement accueillie par le public. A l'opposé de ce qui se passait dans beaucoup d'autres Etats membres de l'UE, ce système axé sur la fonction publique s'était révélé très favorable à la solution de l'assurance privée.

Norvège :

Le débat porte sur le système de pensions de retraite (on y réfléchit à une augmentation de l'âge légal de la retraite) et sur la qualité et la quantité des services de santé et d'aide sociale. La totalité du champ de la dépendance est assurée, mais les moyens sont limités, si bien que l'Etat-providence se montre plus sélectif (p. ex. moins de couverture des frais de logement, priorité aux soins de base), et tous les aspects sont mis sous pression.

## 2. POINTS SAILLANTS DE LA DISCUSSION POLITIQUE SUR LA PROTECTION PRESENTE ET FUTURE DES PERSONNES AGEES. CONTEXTE DES ETATS-PROVIDENCE EN MUTATION

**TABLEAU 1 : CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE POLITIQUE DES DISCUSSIONS RELATIVES A L'ASSURANCE-DEPENDANCE**

1. Disponibilité d'un pouvoir d'achat (une assurance privée est possible)
2. Démantèlement de l'Etat-providence
3. Augmentation de la pression démographique et dépendance
4. Privatisation de l'assurance  
Privatisation de l'infrastructure
5. Perspectives macroéconomiques assombries à l'avenir
6. Axé sur les soins informels
7. Les personnes âgées ont obtenu des moyens financiers relativement importants : degré plus élevé de co-assurance possible
8. Protection sociale sélective ou renforcement de l'enquête sur les moyens de subsistance
9. Autres

### 3. MUTATION DES BESOINS

Tous les pays analysés dans le présent aperçu, montrent des changements évidents dans le secteur des soins aux personnes âgées. Ces mutations sont généralement apportées en vue d'atténuer les problèmes de financement par le remplacement des soins plus onéreux par des modèles de soins meilleur marché (soins à domicile), ou par l'intégration de soins informels. Malgré ces efforts, les coûts globaux n'ont cessé d'augmenter à cause du besoin accru de dispensation de soins.

Les tableaux ci-dessous illustrent ces changements pour chaque pays en particulier et en général.

**TABLEAU 2 : CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE POLITIQUE DES DISCUSSIONS RELATIVES A L'ASSURANCE-DEPENDANCE**

Revenu	Importance accrue des pensions de retraite privées mais, dans beaucoup de pays, l'on en revient aux vieux principes de la sécurité sociale
Logement	Normes de qualité en hausse mais impayables par les particuliers
Frais de séjour	Cotisations personnelles plus élevées
Coûts des soins	Limitation aux soins personnels de base
Coût du traitement médical	Médicalisation accrue des services
Soins informels	Atteignent leurs limites ; demande accrue d'indemnisation des soins informels
Protection juridique	Premières initiatives

L'aspect le plus problématique est la médicalisation accrue des services, ce qui, notamment, entraîne une augmentation des coûts directs en personnel soignant. Cette tendance s'observe en France. C'est aussi la principale raison qui explique en Allemagne la demande pour un système d'assurance-dépendance ; c'est également un mouvement évident, de plus en plus marqué en Belgique, où les coûts des services de soins aux personnes âgées représentent l'un des volets de l'assurance-maladie où la hausse est la plus forte. Certains groupes ne sont même pas entièrement couverts pour ces soins (les indépendants).

Dans certains pays, l'on opte pour une stratégie clairement axée sur l'amélioration du logement des personnes âgées. Au Danemark, cette politique est largement financée par la collectivité. En Flandre, des programmes pour un meilleur logement (appartements à services) ont été introduits mais il sont impayables pour la plupart des aînés. Aux Pays-Bas, une attention renouvelée (1993) a été accordée à la relation entre logement et soins.

L'évolution des soins à domicile et des soins informels et les dispositifs de financement de ces formes de soins font l'objet d'une très sérieuse étude scientifique et publique. La protection de certains droits du soignant principal au sein de la famille est garantie par la loi. Pour les volontaires, il existe des systèmes d'aide minimale.

Dans le cadre du principe de non-discrimination entre demandeurs de soins formels et demandeurs de soins informels, on préconise le remboursement des soins informels. Un tel système pourrait consister en un versement d'espèces aux personnes dépendantes, qui leur permettrait d'acheter le type de soins qu'elles veulent. A cet effet, l'on pourrait opter pour un système de chèques ('voucher') comme la Belgique le suggère.

Dans ce contexte, il convient d'observer que l'impulsion au paiement des soins informels est la plus affirmée dans les pays scandinaves, probablement parce que la compensation des frais d'opportunité y était la plus nette suite au taux élevé de participation des femmes au marché de l'emploi. Mais, même si le paiement du principal soignant est traditionnel, il reste relativement limité en comparaison des soins professionnels (et des soins informels non rémunérés) (S.O. Daatland). Etant donné que les dispensateurs de soins sont généralement des femmes, certains s'élèvent contre le principe du paiement de tels soins parce que les femmes pourraient être cantonnées dans un rôle déterminé. L'étude d'Evers et al. (1994) a ceci de remarquable qu'elle met en évidence la même tendance aux Etats-Unis visant à accorder la priorité au paiement de l'action médico-sociale ; ainsi, pour une fois, nous constatons que les systèmes publics (Europe) et les systèmes privés (Etats-Unis) évoluent dans le même sens.

Dans la plupart des Etats, on discute de la nature de la dispensation de soins aux personnes âgées et des meilleures façons de les organiser. Doit-il s'agir d'aide sociale ou de soins de santé ? L'aide doit-elle être octroyée en espèces ou en nature ? Le rapport de l'Observatoire européen (Walker A., Alber J., Guillemard A.M., 1993) donne un bon aperçu du débat relatif au fait de savoir s'il convient de dispenser une aide sociale ou des soins de santé. Une distinction (institutionnelle) nette a été opérée entre les deux. Aux Pays-Bas, où prévaut une tendance à une intégration plus poussée, ceci est toujours moins tranché. En Belgique, la situation est ambiguë. Les services de santé et les services d'aide sociale sont séparés et financés à des niveaux différents. Néanmoins, pour une grande part des soins dispensés, les services de santé et d'aide sociale sont combinés, exigeant une coordination de leur organisation. Aucune réponse n'est cependant fournie à la question de savoir si cela doit s'opérer au niveau national ou régional. En France, on opère la même distinction, et la situation est qualifiée de 'stérile'. En Irlande, l'on plaide en faveur d'un système global. En Finlande, on perçoit une forte tendance en faveur des systèmes de soins intégrés et, sur les plans régional et local, des programmes spéciaux ont été introduits en vue d'atteindre ou de promouvoir cet objectif. Ce pays dispose d'un Ministère regroupant la Santé publique et les Affaires sociales et, dans 20% des communes finlandaises, les services d'aide sociale et de soins de santé ont été fusionnés. Dans la plupart des communes, cette intégration adopte cependant la forme d'une collaboration et d'une coordination fonctionnelles entre aide sociale et services de soins de santé lors de la planification et de la dispense des soins.

La discussion susmentionnée porte aussi sur le glissement de l'aide au revenu vers les services, ou au retour à une aide au revenu accrue.

On relève également des glissements de la sécurité sociale vers l'aide sociale. Lors d'une enquête patrimoniale portant sur la protection sociale, nous constatons un glissement vers l'aide sociale. Dans un grand nombre de pays s'est exprimé le souhait d'introduire une assurance-dépendance afin d'éviter le piège de l'aide sociale. On remarque encore un passage de la sécurité sociale à des services organisés (parfois) de manière plus locale. Pour différents aspects, nous observons une tendance à plus de privatisation, qui peut se traduire de différentes manières : des opérateurs privés découvrent la possibilité de couvrir de nouveaux risques ; des initiatives privées sont prises en vue de mobiliser le capital des personnes âgées afin qu'il puisse être utilisé pour le remboursement des soins ; par ailleurs, certaines initiatives privées visent à instituer de nouveaux services pour les personnes âgées. Le secteur commercial découvre le potentiel d'un groupe toujours croissant de seniors qui (dans certains cas) représentent un pouvoir d'achat en augmentation.

Ci-dessous, nous décrivons plus en détail un certain nombre des tendances sociétales (ou l'absence d'une tendance sociétale).

**TABIEAU 3 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES A ORIENTATION PLUS BISMARCKIENNE DE PROTECTION SOCIALE**

	Belgique	France	Allemagne	Luxembourg	Autriche
Revenu		'Solvabilisation' de grands groupes de personnes âgées			Réforme caractérisée par le maintien des principes de sécurité sociale
Logement	Normes de qualité plus élevées (appartements à services) mais impayables : 1/3 bénéfice d'une aide financière du CPAS pour des soins résidentiels	Révaluation de la qualité, surtout dans les institutions privées. Existence d'une subvention de loyer largement répandue ( $\pm$ 450 000 personnes âgées)			
Frais de séjour Coût des soins	Cofinancement en hausse	Insuffisance des soins résidentiels et à domicile	Le risque d'un groupe limité est couvert ; pour l'autre groupe, il faut une aide sociale pour la 'Pflegeversicherung' (70% dans les anciens 'Länder' 100% dans les nouveaux 'Länder')	Financement fragmenté, orienté sur les services	
Coût du traitement médical	Harmonisation des forfaits de soins destinés aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins	Médicalisation croissante des services dont les coûts en augmentation ne sont pas couverts			

**TABIEAU 3 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES A ORIENTATION PLUS BISMARCKIENNE DE PROTECTION SOCIALE (SUITE)**

	<b>Belgique</b>	<b>France</b>	<b>Allemagne</b>	<b>Luxembourg</b>	<b>Autriche</b>
Soins informels	Demande de statut social Propositions d'indemnisation des soins	Plusieurs propositions d'indemnisation financière et de changement des systèmes existants			
Protection juridique	De nouvelles lois en matière d'administration du patrimoine des personnes âgées				
Autres :	Attention accrue aux aspects qualitatifs	La dépendance est reconnue comme principal risque social qui exige une solution globale			

**TABEAU 4 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES A ORIENTATION PLUS BEVERIDGIENNE DE PROTECTION SOCIALE**

	<b>Royaume-Uni</b>	<b>Pays-Bas</b>	<b>Irlande</b>
Revenu	Mix de pension insuffisant pour garantir des pensions de retraite convenables. Mauvaise expérience avec l'épargne -pension privée.	Importance accrue des pensions de retraite via prévoyance professionnelle ou pensions de retraite individuelles	Besoin d'une couverture globale pour le logement, le revenu et les soins ('belles paroles, mais petit financement').
Logement	La privatisation (secteur non marchand) des maisons de repos ou des maisons de repos privées est subventionnée. Les retraités sont de plus en plus souvent propriétaires, mais de logements de mauvaise qualité. Intégrés aux autres suppléments	Nombre croissant de propriétaires mais persistance d'un nombre relativement important de personnes âgées qui perçoivent des subventions de loyer, discussion en matière de logement et de dispense des soins	
Frais de séjour Coût des soins			Nécessité d'une couverture de l'aide ménagère, des soins résidentiels à long terme Nécessité d'une extension vers les soins paramédicaux
Coût du traitement médical Soins informels	Rationnement accru sur la base de l'âge	Tentative de substitution des soins professionnels par des soins informels	Nécessité d'un soutien financier explicite (agrégation)
Protection juridique Autres :	Les soins à domicile sont des soins dispensés par et pour la collectivité. Différentiation régionale et locale accrue ; attribution discrétionnaire		Les paiements en espèces donneraient plus de pouvoir d'achat aux personnes âgées, actuellement la demande est poussée par l'offre.



**TABLEAU 5 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES SCANDINAVES DE PROTECTION SOCIALE**

	<b>Suède</b>	<b>Danemark</b>	<b>Finlande</b>	<b>Norvège</b>
Revenu	Nouveau système de pensions reporté	Augmentation des impôts sur le revenu à partir de 1994. Persistance du nombre élevé de départs à la retraite anticipée, bien qu'il existe des projets pour inverser ce phénomène.	Le système actuel est pratiquement accepté partout.	Proposition d'un retour à une pension de retraite plus uniforme, mais peu appuyée par l'opinion publique. Stimulants pour travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite (67). Diminution des avantages fiscaux pour les pensions. Logement couvert par secteur privé ; infrastructures publiques ; mais nouvelles subventions pour l'amélioration des maisons de repos et de soins et infrastructures de logement relativement onéreux : 3/4 du revenu est nécessaire pour payer 10 à 15% des coûts actuels des soins résidentiels.
Logement	Programme important de réévaluation de la qualité des logements. Diminution des subventions de loyer pour personnes âgées à partir de 1997. (La proposition n'a pas été concrétisée, mais entre toujours dans les intentions du gouvernement).	Nombre accru de nouvelles formes de logement pour personnes âgées, sous l'influence de la politique générale du logement visant à adapter les quartiers et les logements aux seniors.		
Frais de séjour			Quelques discussions sur la séparation des frais de séjour et des frais de soins dans les formes de soins résidentiels.	
Coûts des soins	"Déficit des soins" (« care gap ») croissante escomptée pour 2010 (si persistance des tendances). La Suède stagne au niveau de 1960. Les administrations communales cherchent de nouveaux moyens.	Les soins personnels ont la priorité sur l'aide ménagère.	Politique généralisée visant à utiliser les moyens disponibles de la manière la plus rationnelle possible afin d'assurer suffisamment de soins aux personnes âgées.	Aspects sociaux et médicaux déjà intégrés dans les soins de longue durée déjà présents ; plaintes à propos des managements, mauvaise qualité et inégalités régionales.

**TABLEAU 5 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES SCANDINAVES DE PROTECTION SOCIALE (SUITE)**

	<b>Suède</b>	<b>Danemark</b>	<b>Finlande</b>	<b>Norvège</b>
Coût du traitement médical		Médicalisation nécessaire des services dans les nouvelles formes de logement pour personnes âgées (mais les maisons de repos et de soins ont été remplacées par des logements spéciaux).	Même politique pour les soins de santé. Discussion sur une sélectivité plus poussée des soins de santé en fonction de la maladie ; certains plaident pour une discrimination basée sur l'âge mais ceci ne peut être constaté empiriquement.	
Soins informels	Des systèmes existent bel et bien.		Différentes tentatives visant à aider le soignant à domicile, par exemple l'allocation pour soins à domicile avec des services d'aide et des expérimentations avec des 'vouchers' pour organiser les soins informels.	
Protection juridique	Régression de la qualité des soins	Meilleure possibilité de recours. Influence accrue des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins par le biais d'un conseil des résidents.	La législation actuelle est généralement acceptée, nouvelle législation en vigueur en ce qui concerne les droits des clients/patients	
Autres :	Mécontentement quant à l'efficacité des services : on n'en a pas pour son argent, ils ne sont pas adéquats.	Sentiment d'insuffisances (des institutions, de l'aide ménagère).	Qualité des soins : tentatives et programmes visant à améliorer la qualité des soins dans les services soins de santé et d'aide sociale	Sélectivité : meilleures infrastructures au détriment de la disponibilité quantitative

**TABLEAU 6 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE DES PAYS MEDITERRANEENS**

	<b>Grèce</b>	<b>Portugal</b>	<b>Espagne</b>	<b>Italie</b>
Revenu	Pensions de retraite modiques malgré un taux de remplacement élevé ; risque de pauvreté important (80% des pensions privées sont en deçà du seuil de pauvreté)	Faible revenu moyen pour les retraités. Nécessité de l'augmentation de l'importance du 3 <sup>ème</sup> pilier.	Maintien de la viabilité du système des pensions. La pension légale est majorée en fonction du degré de dépendance.	Un nombre relativement élevé de personnes bénéficient d'une pension (y compris les pensions dites "baby") ; grandes disparités dans le taux de remplacement et également baisse de la valeur réelle ; glissement en direction de pensions de retraite plus en relation avec les revenus, complétées par un deuxième pilier
Logement		Afin d'augmenter la qualité et la capacité des systèmes de logement pour personnes âgées		
Frais de séjour				
Coût des soins	Faible niveau de l'offre de soins résidentiels et à domicile	Enquête sur les moyens de subsistance en cas d'allocations sociales		La dépendance est considérée comme exceptionnelle. Absence de coordination entre le système de santé et le système social.
Coût du traitement médical	Hausse des contributions personnelles pour les soins de santé (parfois illégale) malgré un principe établi de gratuité des soins.	Faible, mais listes d'attente pour satisfaire les besoins médicaux		
Soins informels		Nécessité d'une augmentation des aides à domicile		Le système de soins dominant, nettement plus important que les soins professionnels, change rapidement du fait de l'accroissement du nombre de femmes sur le marché de l'emploi.
Protection juridique		Meilleure protection pour les personnes âgées		

**TABLEAU 6 : MUTATIONS DANS LES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE DES PAYS MEDITERRANEENS (SUITE)**

	<b>Grèce</b>	<b>Portugal</b>	<b>Espagne</b>	<b>Italie</b>
Autres :		<p>a) Nécessité d'une stimulation de la solidarité familiale pour les personnes âgées, et pour une extension vis-à-vis des voisins et de la communauté locale.</p> <p>b) Eviter le déracinement social et culturel des personnes âgées (la migration vers les villes a détérioré le réseau de solidarité).</p> <p>c) Différences régionales substantielles en matière d'offre et d'utilisation des services.</p>	<p>Situation spécifique d'un grand nombre de personnes âgées dans les villes.</p> <p>Débat institutionnel sur les compétences fédérales et régionales.</p>	

#### 4. FRAIS COUVERTS

La dépendance peut être définie d'une manière étroite ou d'une manière large. La définition étroite se limite aux aspects fonctionnels, aux critères physique et psychique, la définition large englobe les aspects physique, psychique, économique et social. Le débat qui a lieu actuellement à travers l'UE semble tendre vers une définition plus large. Quels sont les besoins de base à couvrir ? Les systèmes de protection sociale pour personnes âgées n'évoluent pas dans tous les pays dans la même direction et ne sont pas toujours en ligne avec la 'prédestination' historique. Nous résumons cela dans le tableau ci-dessous.

**TABEAU 7 : COMPOSANTES DE COUTS COUVERTS DE LA DEPENDANCE : DERNIERES TENDANCES**

Etat membre	Coûts inclus
A	Y compris tous les coûts supplémentaires dans l'allocation supplémentaire (services, nourriture, logement, chauffage)
B	Définition étroite : responsabilité publique spécialement pour les coûts médicaux, mais cette couverture est élargie
DK	Tendance à donner la priorité à la P-ADL sur l'I-ADL
D	Définition relativement large (médicale, sociale, informelle)
GR	
E	Aide supplémentaire pour les soins informels
FIN	Une définition large des soins sociaux et médicaux, logement, soins économiques et soins informels jusqu'à un certain point, mais un débat vient de débiter sur le découplage du financement
F	Préférence pour une approche globale mais la réalité est le logement/hôtel pour les personnes âgées ; aide sociale pour le niveau local ; soins médicaux pour l'assurance-maladie
IRL	Préférence pour un système global
I	Soins de santé et aide sociale sont combinés, prestation pour les soins (pas de référence spéciale au logement)
L	Définition relativement large
NL	La définition s'élargit de nouveau (couvre l'aide sociale, le logement et les coûts médicaux)
P	Prestation pour les soins, subventions supplémentaires pour le logement (et contrôle des loyers), soins de santé gratuits, les dispositions d'aide sociale s'accompagnent de cotisations personnelles plus élevées : vaste gamme mais faible offre.
S	
UK	Préférence pour la gratuité des services de soins de santé et d'aide sociale ; méfiance accrue vis-à-vis de l'épuisement des moyens propres
(N)	Malgré un financement et une organisation globaux (locaux), tentatives de rendre la définition plus étroite

Dans les pays où l'on est désormais soucieux des limites de l'Etat-providence, se dessine une tendance à limiter la couverture aux besoins plus primaires (médicaux, aide P-ADL mais pas d'aide I-ADL), à exclure de la couverture le logement et les frais d'hôtel et à diminuer la qualité de la dispense de soins en n'intervenant plus, par exemple, dans les besoins avancés d'intégration et de revalidation. Ceci apparaît à l'évidence dans le débat mené dans les pays scandinaves, notamment, et aussi pour ce qui concerne la couverture des frais de logement. Toutefois, observons quand

même que ces Etats parviennent à atteindre un haut niveau. Certains se demandent pourquoi, dans d'aussi nombreux rapports sur la situation dans ces pays, s'élèvent autant de plaintes sur la quantité et la qualité de la dispense de soins. Ceci est peut-être dû au fait que l'on se réfère à la situation antérieure qui était idéale ce qui implique, dès lors, un hiatus entre les attentes et les moyens, étant donné que la quantité (l'accès aux services) est plus restreinte que précédemment, bien que l'on vienne d'un niveau relativement élevé (commentaire de S.O. Daatland). Aux Pays-Bas, le débat sur ce que doit offrir l'Etat-providence et la demande d'une viabilité financière est déjà à l'ordre du jour depuis plus de 15 ans (e.a. dans les discussions sur la 'maladie néerlandaise'), mais de nouveaux éléments donnent l'impression que l'on y recourt de nouveau à une définition plus large (plus généreuse, plus inclusive) des besoins que doit couvrir la protection sociale.

Le débat dans le modèle Bismarckien nettement moins développé de l'Etat-providence (en comparaison avec le modèle nordique) est encore en suspens du fait de larges définitions des coûts de dispenses de soins (médicaux, soins personnels, logement, même les soins informels payés) et la couverture publique de tels éléments.

#### **5. REGIMES INSTITUTIONNELS POUR L'ASSURANCE-DEPENDANCE (POUR PERSONNES AGEES) : AU SEIN OU EN DEHORS DU SYSTEME EXISTANT DE PROTECTION SOCIALE ?**

Les Pays-Bas portent une grande attention au remplacement des soins onéreux par une dispensation de soins moins dispendieuse, mais qui, cependant, rencontre la plupart des besoins. Ceci est devenu réalité depuis que l'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ = Loi générale coûts spéciaux de maladie) des années '80 garantit le financement des soins les plus longs. A la suite de quoi, plus aucune proposition nouvelle explicite n'a été introduite pour une assurance-dépendance. Les propositions plus générales pour la réforme du secteur des soins de santé doivent couvrir les soins médicaux, les soins résidentiels, l'action médico-sociale et les soins à domicile. Une nouveauté consiste dans le fait que (à l'instar de la réforme au Royaume-Uni) les compagnies d'assurances et les dispensateurs de soins proposent des contrats pour la dispensation de soins en se concurrençant. Ceci devrait mener à une meilleure qualité et à la diminution des coûts, c'est du moins ce que l'on espère.

Au Danemark, où le niveau de dispensation de soins non médicaux pour personnes âgées est déjà très élevé, il n'y a pas non plus de discussion sur une protection supplémentaire en termes de soins de longue durée pour seniors. La plupart des soins de longue durée sont accessibles à un prix très largement subventionné par des moyens publics, mais ces soins sont toutefois organisés au niveau local. Ce même principe vaut pour la Finlande. Au Danemark, une attention supplémentaire est accordée au logement.

Même dans les pays où, pour l'heure, il n'y a pas de propositions explicites d'une assurance-dépendance, cela n'implique pas qu'aucune discussion n'ait lieu sur le financement des soins à long terme ou qu'il n'y ait pas de problèmes.

La France et l'Allemagne sont/étaient confrontées à un problème évident de sous-assurance et ces pays ont dès lors opté pour des systèmes complémentaires. Le système allemand est axé sur le financement de services supplémentaires, bien que la 'Pflegeversicherung' se soit aussi ouverte à l'aide accordée aux soins informels et à des allocations en espèces. Les initiatives françaises sont souvent axées sur l'octroi d'un revenu supplémentaire. Ce fut le premier choix, mais, après quelques nouvelles expériences, cela a aussi mené à privilégier, d'une certaine manière l'aide en nature. En Autriche, la situation pourrait mener à plus de dispositifs en nature pour les personnes âgées, bien qu'il s'agisse de 'Pflegegeld'.

La situation belge est loin d'être claire. Au milieu des années '90, plusieurs propositions d'assurances ont été émises alors que d'autres formes expérimentales d'assurance sociale étaient présentées par les mutualités outre un certain nombre d'initiatives privées et des initiatives marginales de soutien par des autorités locales. Plus tard, certaines propositions ont été faites en vue de donner le jour à une assurance émanant d'une compagnie d'assurance publique ou en vue de l'organiser explicitement au niveau fédéral. Ceci figure actuellement dans la déclaration gouvernementale. Au niveau régional (Communauté flamande) aussi, on trouve des propositions visant à améliorer le financement des services (l'offre). Néanmoins, d'autres schémas sont également suggérés pour une assurance-dépendance plus explicite, proposée par les mutualités et éventuellement par les assureurs privés et dont les cotisations seraient complétées par le gouvernement. On a également largement débattu pour finalement opter pour des systèmes d'assurance-dépendance avec allocations en espèces, ou en 'vouchers' (tickets) ou 'chèques-services'. Les propositions les plus récentes du gouvernement fédéral flamand se rapportent de nouveau à un meilleur financement des services réguliers. La 'situation intermédiaire' de la Belgique est probablement due au système de protection sociale déjà relativement bien développé à l'heure actuelle, qui - s'il est maintenu - limitera la nécessité d'une assurance complémentaire. D'autres améliorations ont été constatées au cours des années écoulées : 25 000 places dans des maisons de repos ont été transformées en de meilleures places de maisons de repos et de soins (mieux financées par le gouvernement). En 1998, l'assurance-maladie a étendu sa couverture à un certain nombre de coûts pour les malades chroniques. Si l'on poursuit dans cette voie, la Belgique pourrait réaliser une assurance-dépendance implicite au sein du système de l'assurance-maladie. En 1999 finalement le Gouvernement a décidé de créer une assurance dépendance, qui entre en vigueur en 2001.

Dans certains Etats (par exemple l'Irlande), l'on prône le versement de sommes d'argent au patient ('en espèces') parce qu'ainsi, il gagnerait en pouvoir d'achat. Dans d'autres pays, comme la Belgique ou le Royaume-Uni, on préfère ne pas recourir

aux enquêtes patrimoniales, parce que ceci implique que les gens doivent dépenser leurs seuls avoirs (qu'ils souhaitent léguer à leurs héritiers) et qu'une certaine richesse donne parfois aux gens (un sentiment de) la puissance.

Dans les autres pays, le besoin (explicite) d'une assurance complémentaire est même encore plus restreint. Au Royaume-Uni, dans les réformes récentes, l'attention se concentre même sur la dispensation de l'aide nécessaire en nature. Un soutien supplémentaire est accordé au logement et, pour le principal dispensateur de soins, un système de 'prestation pour l'aide dispensée' est mis sur pied. Néanmoins, ici, de grandes disparités demeurent entre les coûts de la dispensation de soins et les pensions de retraite disponibles. Au Royaume-Uni, il faut environ 56% d'aide supplémentaire pour pouvoir payer les soins résidentiels (OCDE, 1996). Les réformes qui y ont été proposées sont axées sur l'organisation du secteur de la santé : celui-ci reste financé sur le plan national mais, au niveau local, l'on cherche une concurrence dans le domaine de la dispensation de services. Des contrats sont proposés entre assureurs-maladie (qui estiment les besoins) et les dispensateurs de soins. Dans le système britannique, une grande part est encore accordée à l'aide en nature, il en devient presque un exemple d'un système de type beveridgien. Au cours de ces récentes années, un certain nombre d'éléments indiquent cependant que l'on y évolue vers des 'lacunes en matière de soins de santé' (care gap) encore plus grandes (Walker, 1993, p. 48).



**TABLEAU 8 : PROPOSITIONS EXPLICITES (OU SYSTEMES REALISES) A PROPOS DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE**

	<b>Belgique (propositions et en cours)</b>	<b>Allemagne (en cours)</b>	<b>France (expériences ?)</b>
Initiative	Ministre des Affaires Sociales Différentes propositions d'organisations sociales Nouvelles propositions au Parlement flamand et à l'Exécutif flamand qui a décidé d'une assurance dépendance en 1999, commencé à domicile en 2001 et en institution en 2002 Certaines propositions prônent une prestation en espèces pour compenser les frais supplémentaires. Le système en Flandre fait de nouveau référence à un renforcement de l'offre, mais également à un tout nouveau système (partiellement basé sur la capitalisation), obligatoire pour la Flandre, volontaire en Bruxelles	Ministre de l'Emploi Soins infirmiers en milieu familial et soins résidentiels Droits sociaux pour le soignant par le biais d'allocations ('en cash') et services en nature ('in kind')	Différentes commissions, initiatives parlementaires Expériences actuelles a) allocation pour l'aide de tiers b) allocation complémentaire c) allocation-dépendance spéciale (remplace en partie a) depuis 1997
Couverture			D'abord préférence pour l'aide en espèces, prestation dépendance, maintenant tendance à « en nature » ; peut également être utilisée pour payer les soins informels
Population (1995)	10.131.000	81.539.000	58.038.000 (1994)
Total +65 (en %)	1.550.003 (15,8 %)	9.677.709 (Occidentale) (15,4 %)	7.942.000 (14,7 %)
Bénéficiaires (en 1.000)	90 à 220; estimation en Flandre en 2004: 80 à domicile et 65 en institutions (10 à 20 BEF)	1.650	271 à 321
Budget estimé (en mld. de la devise nationale)	0,15 à 0,3 % du PIB	25,8 DM	271 à 321
Financement		1,7 % du revenu des travailleurs et retraités	271 à 321 Pour a) 210 personnes âgées de +65
Alternatives privées	Ont lieu, mais limitées à ce jour ; nombre croissant d'assurances privées se rapportant aux soins de longue durée	S'appliquent à ceux ayant souscrit une assurance-maladie privée	a) budget général b) ce régime d'aide devrait évoluer en sécurité sociale Existent, mais succès limité

**TABLEAU 8 : PROPOSITIONS EXPLICITES (OU SYSTEMES REALISES) A PROPOS DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE (SUITE)**

	<b>Luxembourg (existant)</b>	<b>Autriche (en cours)</b>	<b>Pays-Bas</b>
Initiative	Gouvernement (Loi du 19 juin 1998 sur 'l'assurance - dépendance')	Le Gouvernement fédéral complète les initiatives régionales existantes.	Gouvernement (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)
Couverture	Regroupe un certain nombre de mécanismes de financement existants mais fragmentés. Couvre depuis le 1.1.1999 les soins en institution, les soins formels et informels à domicile ; préférence pour « en nature » (une partie de l'aide en nature peut être transformée en aide en cash). 384.000 (1991) 14,3 (1991) Population totalement dépendante	Intervention en espèces mais préférence (politique) accrue pour la conversion en services (institutionnels et soins à domicile). Depuis sa création, le coût de la prestation de services a augmenté (effet de prix).	
Population (1995)	384.000 (1991)	8.053.000	15.382.000 (1994)
Total +65 (en %)	14,3 (1991)	(13,1)	(13,1)
Bénéficiaires (en 1.000)	Population totalement dépendante	Population dépendante âgée de plus de deux ans ; (334)	- Chaque habitant des Pays-Bas - Chaque personne sujette à la législation néerlandaise en matière d'impôt sur les revenus
Budget estimé (en mld. de la devise nationale)			
Financement	1. budget du gouvernement 45 % des dépenses totales 2. une cotisation spéciale payée par le secteur de l'électricité (contribution des entreprises) 3. cotisation spéciale (complémentaire) payée par les particuliers (contribution dépendance) sur l'ensemble de leurs revenus (revenu du travail, revenu de remplacement, revenus de biens immobiliers), révision annuelle (en 1999: 1%)	7 catégories basées sur les heures de soins nécessaires	Cotisations payées par les employeurs et les indépendants
Alternatives privées		Le secteur privé devient acteur sur le marché (depuis que l'intervention pour soins est un moyen de paiement)	

**TABLEAU 9 : SOLUTIONS IMPLICITES POUR UNE ASSURANCE-DEPENDANCE**

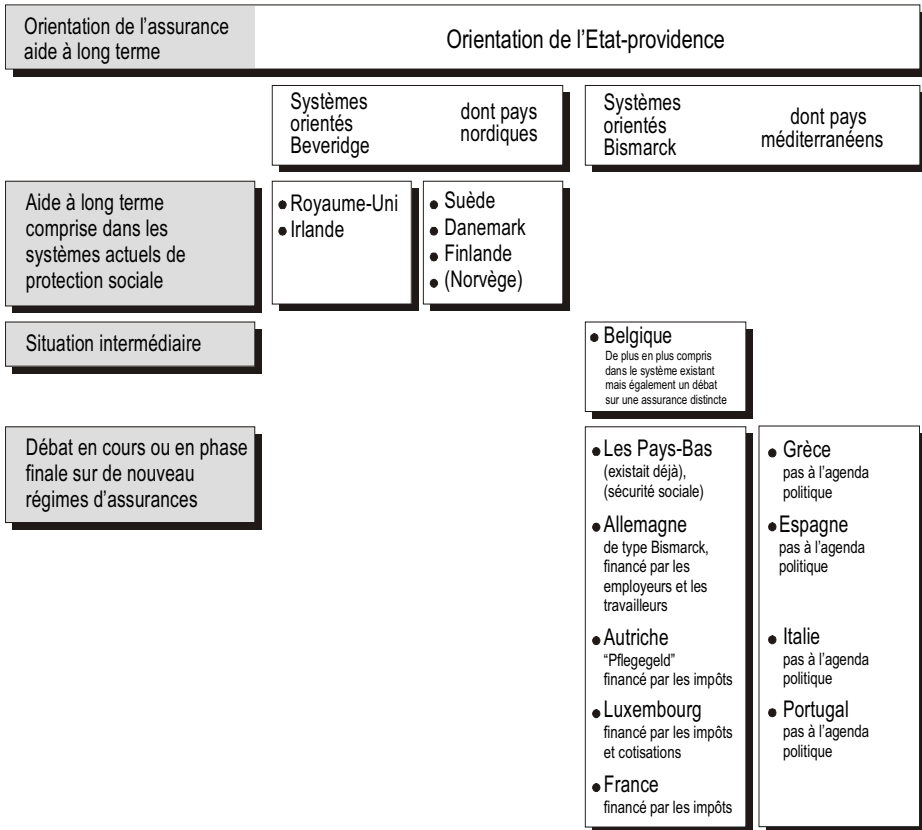
	<b>Royaume-Uni</b>	<b>Irlande (propositions)</b>
Couverture	Comprise dans le système des soins de santé 'NHS' et la Loi sur l'aide sociale.	Assurance-maladie
Population (1995)	Sous-assurance des soins résidentiels et à domicile	Couvre les soins médicaux et les soins résidentiels.
Total +65 (en %)	57.808.000 (1991)	Devrait être élargie en une assurance tout compris
Bénéficiaires (en 1.000)	(15,8)	3.571.000 (1994)
Budget estimé		(11,5)
Financement		
Alternatives privées ou publiques	Offre croissante pour jeunes (plan de pension personnel, emprunt hypothécaire inversé, assurance-dépendance 'Equity Release schemes' (partiels)	
	'National Care Insurance Scheme' proposé par la Joseph Rowntree Foundation (1,5% des gains)	

**TABEAU 10 : SOLUTIONS IMPLICITES POUR L'ASSURANCE-DEPENDANCE DANS LES PAYS SCANDINAVES**

	<b>Danemark</b>	<b>Finlande</b>	<b>Suède</b>	<b>Norvège</b>
Initiative	Assurance-maladie nationale Financement en augmentation des infrastructures de soins dans les logements	Inclus dans l'aide sociale, Législation sur les soins de santé de base, Loi sur les soins spécialisés et Loi sur les Services et l'Aide aux Handicapés	Le débat sur l'assurance - dépendance n'a pas encore été lancé sérieusement.	Soins à long terme inclus dans la protection existante, mais pression pour des fonds supplémentaires (en 1990 : +1 milliard NOK) Les soins médicaux et l'aide sociale sont déjà intégrés.
Couverture			'Lacune en matière de soins de santé' constaté en 1996 ('en des circonstances identiques') en janvier 1997 10 ml. SK pour les 'soins, services et éducation' et stratégie d'utilisation des allocations de chômage pour améliorer les systèmes de soins	
Population (1995)	5.251.027 (1996)	5.116.826 (1995)	8.816.000 (1994)	4.369.957 (1996)
Total +65 (en %)	(15,1)	732.417 (14,3)	(17,4)	(15,9)
Bénéficiaires (en 1.000)				
Budget estimé (en ml. de la devise nationale)				
Financement				
Alternatives privées	Impôts	Peuvent être intéressées, et pourraient être autorisées dans le segment de tête Devraient déborder la dispensation de soins pour améliorer la concurrence.	Depuis 1997, un assureur privé a lancé le marketing d'une assurance-dépendance Formes de sous-traitance au secteur privé.	Un certain nombre de propositions privées se développent Sous-traitance au secteur privé pour l'offre de soins

**TABLEAU 11 : SOLUTIONS IMPLICITES OU ABSENCE DE DEBAT A PROPOS DES SYSTEMES D'ASSURANCE-DEPENDANCE DANS LES PAYS MEDITERRANEENS**

	<b>Grèce</b>	<b>Portugal</b>	<b>Espagne</b>	<b>Italie</b>
Initiative	Amélioration des services en cours dans p. ex. les 'centres ouverts de soins' pour personnes âgées (KAPI). Pas de propositions explicites pour une assurance-dépendance	Pas de propositions explicites	Parce que la dépendance ne peut être considérée comme un risque capital, aucune proposition n'a été mise sur la table. Soutien politique et scientifique en vue d'améliorer le système existant et doutes quant à savoir si les schémas nouveaux explicites sont vraiment réalistes. Projets d'INSERSO, 1996, se rapportant à des allocations majorées pour les familles soignantes de personnes âgées dépendantes (existe pour certains), aide pour les familles soignantes, amélioration des soins à domicile et des services résidentiels	Système de pensions de retraite amélioré (préférence pour deux piliers). Projet ambitieux (lancé en 1992) sur thème "Protection des personnes âgées", qui mobilise tous les niveaux politiques. Pas de propositions explicites mais l'Etat-providence se fait plus sélectif.
Couverture				
Population (1995)	10.368.000 (1993)	9.927.000	38.662.000 (1994)	57.140.000
Total +65 (en %)	(14,8)	(14,8)	(14,8)	(16,5)
Bénéficiaires (en 1.000)				
Budget estimé (en mld. de la devise nationale)			Ont droit à une pension de retraite majorée : 825	
Financement			Susceptible d'être limité à la suite d'une restructuration des moyens existants	
Alternatives privées			N'existent pas en assurance, mais des initiatives privées se profilent pour proposer des services	

**FIGURE 1 : RELATION ENTRE LA NATURE DE LA PROTECTION EXISTANTE ET LA NATURE DE L'ASSURANCE-DEPENDANCE**

## 6. TENDANCES COMMUNAUTAIRES DU PROJET EUROPEEN

L'exceptionnelle solution allemande d'un système de sécurité sociale traditionnel s'est propagée dans d'autres pays qui sont près de réaliser une assurance-dépendance (Luxembourg, Autriche) ou qui ont entamé le débat qui court déjà en Allemagne depuis plus de 20 ans (France, Belgique). Cette finalisation du système de protection sociale se concentre sur les Etats-providence à orientation bismarckienne des Etats membres de la région du noyau dur. Dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas, un système de protection englobant semble déjà être instauré. En Europe du Sud, ce n'est pas encore le cas. Certains pans du système de soins, surtout ceux qui relèvent des services de l'aide sociale (soins institutionnels et soins à domicile) sont offerts dans une moindre mesure, même par rapport à ce qui est demandé dans les pays concernés. Au Portugal, en Grèce, en Italie et en Espagne, la situation est très com-

parable. Les premiers pays sont confrontés à un manque évident de soins résidentiels et de soins communautaires. On présume que cette situation est influencée par des facteurs culturels, parce que, dans ces Etats, les personnes âgées restent de préférence à domicile et sont soignées par la famille. Ceci explique pourquoi l'extension de ces services n'a été mise que très tardivement à l'ordre du jour. Le choix explicite de la population n'est pas clair, vu les plaintes sur la disponibilité, la qualité, l'accessibilité et l'accessibilité financière. Etant donné les déficits budgétaires, il n'est pas sûr que de nouveaux systèmes de protection sociale puissent être introduits dans les années à venir. L'Espagne est plus explicitement intéressée par ce problème et a déjà commencé avec son 'Plan Gerontológico'.

Nous ne disposons pas non plus d'une vision univoque de la situation dans les pays scandinaves. La première information confirme cependant la tendance visant à améliorer la protection sociale, et ceci tant aux niveaux local que fédéral. Le fait de faire référence à la revalidation et à l'activation annonce même une nouvelle amélioration. En Allemagne, également, la référence à la revalidation est manifestement présente. L'aperçu de ce qui se produit dans les divers pays ne laisse nullement apparaître que l'on soit confronté au risque d'un échange des soins aux personnes âgées contre d'autres dépenses sociales. Cela ne signifie pas pour autant que l'image d'un Etat-providence bien développé, avancé et généreux soit toujours confirmée.

Il convient également de souligner d'autres aspects qui indiquent la viabilité de ces systèmes : la définition de la dépendance et des soins de longue durée recourt à d'amples concepts. Ce risque n'est pas purement médical mais, à côté d'autres types de soins, comprend également le logement. C'est pour cela que la distinction entre les aspects sociaux et de santé s'estompent de plus en plus et qu'il existe une tendance à y inclure également d'autres aspects. Ceci n'est naturellement pas la règle. Dans certains pays, les moyens publics pour le logement sont diminués. Dans d'autres, le subventionnement du loyer et l'aide au logement (social) subsistent (ici, aussi, parfois parce que les décideurs politiques ont conscience qu'il reste des problèmes substantiels ou que de tels problèmes peuvent être causés par des mesures prises sur d'autres plans).

Après de longues années d'hésitation, les anciennes barrières institutionnelles/ réglementaires ou professionnelles ont été levées. Les soins de longue durée sortent du cadre purement médical et les frontières antérieures entre les opérateurs existants s'effacent. Les besoins existent autant sur le plan médical que sur le plan de l'aide sociale. Mais le risque est identique : des dépenses élevées et permanentes et une combinaison d'aspects de soins. Les possibilités de concrétiser une efficacité accrue dans cet 'environnement multi-produits' du côté de l'offre, doit continuer à être favorisée parce que, simultanément, du côté de la demande une augmentation de la qualité est demandée (notamment la nécessité de mise en place d'un service coordonné). A la subdivision en logement et soins, services médicaux et aide sociale, qui a été opérée pendant de longues années, se substitue une combinaison de l'offre et de l'organisation qui mène à des règles de financement identiques.

Dans divers systèmes, l'aide nouvelle ou durable aux soins formels est complétée par la reconnaissance des soins informels. Ceci passe, en principe, par l'amélioration partielle des droits légaux du principal soignant informel ou même par l'introduction d'une indemnité pour l'aide informelle de la famille (« mantelzorg »). On insiste également sur les efforts à mettre en œuvre pour une meilleure qualité de la dispensation de soins, ce qui sous-entend une certaine dose de mécontentement quant au niveau actuel de la qualité. Accorder plus de pouvoir d'achat aux personnes âgées est susceptible de contribuer à une amélioration de la qualité. Cette vision optimiste est cependant relativisée par la crainte d'une stratégie sous-jacente qui viserait à remplacer l'onéreuse dispensation de soins formels par des soins informels moins dispendieux. A l'opposé, nous constatons que, dans les assurances-soins allemande et luxembourgeoise, les autorités sont prêtes à déboursier deux fois plus pour l'aide en nature que pour l'aide en espèces. Pourtant, en Allemagne, prévalait une préférence évidente pour la dispensation de soins en espèces. En Autriche, l'introduction du 'Pflegegeld' a entraîné une augmentation du coût des services. En Flandre, par exemple, la discussion porte actuellement sur le fait de savoir si le gouvernement doit stimuler l'offre ou la demande. En France (et ceci est comparable au débat sur les "services de proximité"), l'on pense que la mise à disposition d'un pouvoir d'achat au niveau du client créera une offre propre. En Allemagne, on a remarqué une augmentation substantielle du nombre de dispensateurs de soins après l'introduction de la 'Pflegeversicherung'. Celle-ci a entraîné la création de 70 000 emplois supplémentaires. En Autriche, l'augmentation du pouvoir d'achat a eu pour effet que les prix des services se sont élevés. En France, avec la nouvelle allocation, on a promis que seraient couverts de nouveaux services sans financement supplémentaire. Mais, même le cas allemand illustre qu'un nouveau système d'assurance n'offre pas de garanties d'apport d'argent neuf (ou de coûts supplémentaires) étant donné qu'une grande partie d'autres dépenses a été reprise.

Que le développement de l'Etat-providence stagne ne semble pas devoir être confirmé par les premières conclusions du débat sur la protection sociale des personnes âgées dépendantes, parce que c'est l'un des rares domaines à propos desquels il fut question d'extension, dans les discussions. Ceci ne signifie cependant pas que l'Etat-providence ne connaisse pas de rétrécissement dans d'autres domaines. Les constatations rassurantes, en liaison avec les personnes âgées sont également confirmées par le fait qu'au cours de cette dernière décennie, dans un grand nombre de pays, leur situation évolue plutôt mieux que celle de la moyenne de la population. Toutefois, dans beaucoup d'Etats - et, ceci aussi doit encore être confirmé ou infirmé -, l'introduction d'une nouvelle assurance-dépendance pour personnes âgées dépendantes est ralentie, voire n'est tout simplement pas mise à l'ordre du jour, à cause de difficultés budgétaires. Le fait que des systèmes, dans d'autres pays, ont parfois nécessité une période d'incubation de plusieurs décennies avant d'arriver à se développer pleinement, est toutefois susceptible de nous rassurer quelque peu.

*(Traduction)*



## TABLE DES MATIERES

### **DISCUSSION SUR L'INTRODUCTION D'UNE ASSURANCE-DEPENDANCE**

<b>1. L'ACTUELLE PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES AGEES ET LE DEBAT SUR D'EVENUELS CHANGEMENTS : APERCU DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DANS DIFFERENTS PAYS</b>	<b>113</b>
<b>2. POINTS SAILLANTS DE LA DISCUSSION POLITIQUE SUR LA PROTECTION PRESENTE ET FUTURE DES PERSONNES AGEES. CONTEXTE DES ETATS-PROVIDENCE EN MUTATION</b>	<b>117</b>
<b>3. MUTATION DES BESOINS</b>	<b>118</b>
<b>4. FRAIS COUVERTS</b>	<b>128</b>
<b>5. REGIMES INSTITUTIONNELS POUR L'ASSURANCE-DEPENDANCE (POUR PERSONNES AGEES) : AU SEIN OU EN DEHORS DU SYSTEME EXISTANT DE PROTECTION SOCIALE ?</b>	<b>129</b>
<b>6. TENDANCES COMMUNAUTAIRES DU PROJET EUROPEEN</b>	<b>137</b>

## **A PROPOS DE L'E-GOVERNMENT**

**E-GOVERNMENT. A PROPOS DU LIVRE « LE PAYSAGE INFORMATIQUE DE LA SECURITE SOCIALE COMME METAPHORE ? » DE PIERRE VAN DER VORST** 143 |

---

**LA BANQUE CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE EN 2004** 147 |

# **E-GOVERNMENT. A PROPOS DU LIVRE « LE PAYSAGE INFORMATIQUE DE LA SECURITE SOCIALE COMME METAPHORE ? » DE PIERRE VAN DER VORST**

Parler d'« e-government », c'est envisager selon l'OCDE : « l'usage que font les pouvoirs publics des technologies de l'information en vue de modifier leurs relations à l'égard des citoyens, des entreprises et des autres autorités administratives. Ces technologies peuvent être utilisées pour différents buts : fournir un meilleur service aux citoyens, améliorer les relations avec les entreprises ou les industries, rendre accessible l'information, veiller à une administration plus efficace » (traduit librement de l'anglais).

L'« e-government serait donc ce type d'administration qui serait au service de la société, ou, plus précisément du citoyen ? Ne l'était-elle pas auparavant ?

Sans doute mais, en fait, l'extraordinaire développement des technologies de l'information et la pression de l'opinion publique devenue plus exigeante, en ce domaine, ont amené certaines autorités administratives à prendre conscience de l'importance du problème et à transformer leur mode de relation à l'égard du citoyen ou de l'entreprise, et ce, grâce aux technologies de l'information. Elles ont, ainsi, opté pour un mode plus efficace de gestion. Les websites, créés à leur initiative, leur permettent de répondre 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la demande d'informations et/ou de services

Citons, à ce propos, une étude menée par « InSites Consulting », d'où il ressort que, déjà en 2002, 67 % des internautes belges, âgés de plus de 18 ans, se disaient fortement intéressés par l'« e-government »

Comment, dès lors, a-t-on répondu, en Belgique, aux attentes des citoyens, à leurs besoins réels ? Comment l'administration a-t-elle réagit et quelles sont les réalisations déjà accomplies ?

Le numéro 4/ 2003 de la revue a déjà apporté des informations à ce sujet.

Ainsi l'article de M. G. Carlens : « La déclaration d'un risque social (DRS) dans le secteur de l'assurance chômage » montre comment l'ONEM a misé sur l'informatisation tant de ses services que de ses procédures pour aboutir à la mise en production des « DRS » et à la déclaration électronique en ligne et, ceci, tant au bénéfice des employeurs que des travailleurs et que des institutions de sécurité sociale. Ce résultat, c'est le fruit de la recherche de l'efficacité, sans doute, mais c'est surtout l'aboutissement d'un processus qui avait à cœur la volonté de placer en tête des priorités les souhaits des assurés sociaux et des employeurs.

C'est ce même souci qui se dégage du texte : « Un service non-marchand performant : l'ONSS » de M. P. Van der Vorst, administrateur général de cet organisme public de sécurité sociale. L'auteur, soulignant le passage d'une administration papier à une administration numérique, montre toute l'importance de l'« e-gouvernement de la sécurité sociale » et à quel point il est exemplatif de l'efficacité du secteur public social. C'est, là, rappelle-t-il, le fruit d'un processus qui a vu collaborer l'ONSS, la Banque-Carrefour de la sécurité sociale et la Smals-MvM (1), et dont le site portail de la sécurité sociale est l'un des aboutissements (2).

Il faut, ici, souligner, avec l'auteur, que tout ceci était en « germe » dès les années '80 et comme était précurseur le rôle joué, en cela, par la présidence de la « Commission royale de sécurité sociale » qui, déjà à l'époque, prônait l'informatisation des flux de données entre parastataux sociaux.

L'« e government » vise donc, en Belgique, à répondre aux attentes telles que l'OCDE les a formulées. Mais, comme les articles du n°4 le montraient déjà, c'est loin d'être une création spontanée.

Il convient de reconnaître qu'il a fallu beaucoup d'intuition et de prescience à la présidence de la « Commission royale de sécurité sociale » pour affirmer, dans les années 80, la nécessité de s'appuyer sur l'informatique et ses développements, pour tisser un réseau de banques de données et rendre « plus rapide le travail d'instruction et de gestion des dossiers ». Quelle justesse de vue ! Et que d'évolutions depuis ! Il faut se référer, ici, à l'ouvrage de M. Pierre Van der Vorst « Le paysage informatique de la sécurité sociale comme métaphore ? (3) » pour mesurer le chemin parcouru et l'importance de la sécurité sociale comme initiateur et moteur de l'informatisation des pouvoirs publics. Sans négliger le rôle de la Smals-MvM et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, étroitement associés à cette révolution.

---

(1) ASBL gérée par des institutions publiques de sécurité sociale, chargée d'aider ses membres en matière de TIC

(2) On peut accéder à ce site via l'adresse [http:// www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be)

(3) Van der Vorst, P., *Le paysage informatique de la sécurité sociale comme métaphore ?*, Bruxelles, Bruylant, 2002, 60p.

Ce serait faire injure à l'auteur de vouloir résumer, ici, une œuvre dense et riche d'informations,- ce serait édulcorer le propos et falsifier l'histoire.- ou même de vouloir déposer un commentaire en marge d'un texte qui se suffit en lui-même et ne nécessite ni glose ni exégèse. Renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même, qu'il découvre pas à pas comme le paysage a changé et comment tout cela s'est produit ! Il ne peut trouver de meilleur guide ou de plus explicite.

Signalons simplement que si l'auteur distingue cinq étapes, depuis les années 80 jusqu'à nos jours et au-delà, ce n'est pas pour marquer des solutions de continuité, car l'émergence d'un « e government », en Belgique, est le fruit d'un processus continu où s'est affirmé le rôle de l'ONSS, avec le soutien de la SmalS-MvM qui, pour répondre de mieux en mieux à ses missions, s'est restructurée à plusieurs reprises, puis de celui de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. L'on en mesure les effets à l'aune de l'apparition de la « carte SIS », de la déclaration dite DIMONA (4), de la création d'un extranet et d'un site portail de la sécurité sociale.

Ajoutons, encore, le projet d'« e government fédéral » préparé par M F. Robben, administrateur général de la Banque Carrefour, (dont on lira avec intérêt, la contribution qu'il a bien voulu apporter à ce numéro de la Revue, sous le titre : « La Banque Carrefour de la sécurité sociale en 2004 »), projet rédigé dans la continuité des principes qui inspirèrent l'e-government de la sécurité sociale.

Si, comme le souligne M. Van der Vorst, dans son ouvrage, c'est le souci de l'utilisateur qui a sous-tendu la démarche en menant des relations réciproques avec le monde des entreprises, il ajoute qu'il convient, également de prendre en compte le citoyen, qu'il soit bénéficiaire d'allocation, travailleur salarié ou conseiller social, tout en gardant à l'esprit que l'information doit être disponible pour tous et que tous n'ont pas accès à l'internet. Et prolongeant sa réflexion en ce domaine, pourquoi, écrit-il, ne pas envisager un « réseau de connaissance » en partenariat avec le Département et le monde universitaire.

Le paysage informatique tel que nous le connaissons aujourd'hui est, certes, le fruit d'un développement technologique extraordinaire mais c'est, surtout, l'aboutissement d'une vision d'avenir porteuse et d'une démarche obstinée telles que les brosse M. Van der Vorst, mais c'est un paysage qui sans cesse se modifie et s'élargit. Le portail fédéral du gouvernement belge en témoigne.

La Rédaction

Jean Paul Hamoir et Hendrik Larmuseau

---

(4) La déclaration DIMONA (Déclaration immédiate à l'emploi ) consiste en une communication électronique, obligatoire pour tout employeur (à certaines exceptions près), à l'ONSS. Elle signale le début et la fin d'une relation de travail.

# LA BANQUE CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE EN 2004

**PAR FRANK ROB BEN\* ET PETER MAES\*\***

\* Administrateur général, Banque Carrefour de la sécurité sociale

\*\* Chef de la section Innovation & Soutien à la décision, Banque Carrefour de la sécurité sociale

## 1. INTRODUCTION

---

Ces dernières années, de nombreux responsables politiques ont découvert l'e-gouvernement et ont pris conscience des avantages offerts par ce formidable instrument, permettant d'améliorer les services de l'administration aux citoyens et aux entreprises et de simplifier les formalités administratives. Cette dynamique a été lancée dans la sécurité sociale belge, voici 13 ans déjà, par la création de la Banque Carrefour de la sécurité sociale en tant que nouvelle institution de sécurité sociale.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale tente sans relâche de réformer les processus et les relations entre les institutions de sécurité sociale et entre ces institutions et les citoyens grâce au recours optimal aux technologies modernes et aux nouveaux médias. Le but final est un fonctionnement aussi effectif et efficace que possible de la sécurité sociale, une optimisation de la prestation de services aux citoyens et aux entreprises et une réduction maximale des charges administratives. Le choix s'est porté sur une approche holistique en combinant réorganisation et intégration des systèmes d'information des différents acteurs du secteur social (dit « back office ») avec un développement de services électroniques axés sur l'utilisateur, via Internet, à l'attention des citoyens et entreprises (qualifié de « front office »).

Les résultats ne se sont pas fait attendre. Ces dernières années, l'approche de l'e-gouvernement dans la sécurité sociale belge a été systématiquement citée comme la meilleure pratique dans des études comparatives effectuées à la demande de la Commission européenne.

Le présent texte donne successivement un aperçu de la mission et de la stratégie de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, des principes de base qu'elle met en oeuvre en vue du traitement de l'information en tant que moyen de production stratégique et des principales réalisations en n'oubliant pas de mentionner les avantages qui en résultent pour les assurés sociaux et pour les entreprises. Pour conclure, nous jetterons un regard sur les défis qui nous attendent dans le futur.

Cet article est forcément un état de la situation à un moment donné. La Banque Carrefour de la sécurité sociale dispose toutefois d'un site web actualisé chaque semaine et qui peut être consulté à l'adresse <http://www.bcsc.fgov.be>. Sur ce site, les personnes ou entreprises intéressées peuvent aussi s'abonner gratuitement à une lettre d'information électronique mensuelle.

## **2. LA MISSION ET LA STRATEGIE DE LA BANQUE CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE**

La Banque Carrefour de la sécurité sociale est le moteur et le coordinateur de l'e-government dans le secteur social belge. Cela signifie :

- inciter les acteurs du secteur social à offrir des services effectifs et efficaces avec un minimum de charges administratives et de coûts pour toutes les parties intéressées et, dans toute la mesure du possible, sur leur propre initiative, d'une manière qui convienne de façon optimale aux différents utilisateurs finaux des services, par une amélioration permanente de leurs processus et relations (mutuels) à l'aide des nouvelles technologies (e-government) et en partant d'une vision commune et concertée ;
- promouvoir la sécurité des informations et la protection de la vie privée par les acteurs du secteur social belge, si bien que tous les intéressés puissent avoir confiance à juste titre ;
- mettre à la disposition des dirigeants politiques et des chercheurs des données intégrées, intersectorielles qui étayeront la politique.

Pour mener à bien sa mission, la Banque Carrefour de la sécurité sociale poursuit 6 objectifs stratégiques, en concertation permanente avec tous les intéressés et en veillant à maintenir le secteur social comme un modèle dans son domaine en Belgique et sur le plan international. Ces objectifs sont les suivants :

- élaborer une vision commune en matière d'e-government dans le secteur social belge et définir une stratégie pour mettre cette vision en oeuvre, transmettre cette vision et cette stratégie et encourager leur concrétisation ;
- élaborer une vision commune en matière de sécurité de l'information et de protection de la vie privée dans le secteur social belge et définir une stratégie pour réaliser cette vision, transmettre cette vision et promouvoir son exécution ;
- concevoir, (faire) développer et (faire) gérer un cadre d'interopérabilité technique et fonctionnelle, qui soutient l'implémentation de la vision et de la stratégie en matière d'e-government et de sécurité de l'information ;
- définir des programmes et des projets qui dépassent les acteurs individuels en vue de mettre en oeuvre la vision et la stratégie en matière d'e-government et de sécurité de l'information et coordonner l'exécution de ces programmes et projets ;
- gérer la collaboration en matière d'e-government et de sécurité de l'information avec les instances extérieures au secteur social ;

- communiquer en ce qui concerne la vision commune et la stratégie en matière d'e-government et de sécurité de l'information dans le secteur social et les services offerts en la matière par la Banque Carrefour.

### **3. LES PRINCIPES DE BASE DU TRAITEMENT DES INFORMATIONS EN TANT QUE MOYEN DE PRODUCTION STRATEGIQUE**

Les informations relatives à la situation sociale et professionnelle des assurés sociaux constituent, outre les ressources humaines et financières, pour ainsi dire le principal moyen de production des acteurs du secteur social.

Ces informations sont nécessaires pour pouvoir calculer et percevoir les cotisations, pour fixer et verser les allocations et pour permettre une évaluation et des corrections permanentes de la politique sociale en fonction de l'évolution de la conjoncture sociale. Aussi est-il primordial que les responsables de la gestion du secteur social accordent une attention particulière à l'utilisation de méthodes efficaces de gestion et de traitement des données. A cet effet, plusieurs principes précis ont été déterminés pour cinq aspects différents. Tous les acteurs du secteur social sont encouragés à les respecter.

#### **3.1. MODELISATION DES INFORMATIONS**

Les informations doivent être modélisées de manière à refléter le plus fidèlement possible le monde réel. Ceci implique que la définition des éléments d'information, de leurs caractéristiques et de leurs relations réciproques se base sur une abstraction de la réalité et non sur des concepts légaux.

Ceci permet d'éviter des modifications au modèle d'information à la suite de changements intervenus dans la législation.

La modélisation des informations doit, dans toute la mesure du possible, tenir compte des besoins d'utilisation prévisibles. Ceci suppose une compréhension suffisante du fonctionnement des différents acteurs du secteur social, qui peut être obtenue en instituant un comité de modélisation qui gère le modèle d'information et ses modifications.

Lors du processus de modélisation des informations, une attention toute particulière doit être accordée à l'aspect temporel. Les informations peuvent se rapporter à une situation à un moment donné (p. ex. l'adresse de résidence au 1er janvier d'une année déterminée) ou à une situation durant une période (p. ex. le salaire gagné pendant un trimestre). Il est important de faire preuve d'une cohérence suffisante dans l'ensemble du secteur social en ce qui concerne les moments et les périodes de référence pour lesquelles des informations sont nécessaires selon les différentes finalités, sans quoi la réutilisation de ces données devient problématique.



Le monde réel est en mutation constante et tous les besoins d'utilisation ne sont pas prévisibles. Par conséquent, il doit être possible d'étendre et d'adapter de manière souple le modèle d'information lorsque le monde réel ou l'utilisation des informations change.

Une bonne façon de mettre en oeuvre cette modélisation des informations consiste à recourir à des techniques de modélisation des informations orientées objet et à des langages de modélisation tels que l'UML (Unified Modelling Language).

### **3.2. COLLECTE UNIQUE ET REUTILISATION DES INFORMATIONS**

Les informations peuvent uniquement être collectées par les acteurs du secteur social pour des finalités bien déterminées et dans la mesure où cette collecte est proportionnelle à ces finalités.

Les acteurs du secteur social ne peuvent collecter les informations qu'une seule fois, et ceci le plus près possible de la source authentique. Les différents acteurs ne peuvent pas demander plusieurs fois les mêmes informations aux citoyens ou aux entreprises. Ils ne peuvent pas non plus demander des informations à une autre source que celle où ces informations ont été créées pour la première fois. Par exemple, il n'incombe pas à un employeur de déterminer si un accident survenu sur le lieu du travail peut être juridiquement qualifié d'accident du travail puisque ceci relève de la responsabilité de l'assureur accidents du travail. Les informations relatives au fait de savoir si un accident survenu sur le lieu du travail est ou non un accident du travail, doivent dès lors être demandées à l'assureur accidents du travail et non à l'employeur.

Le fournisseur des informations doit pouvoir lui-même choisir le canal par lequel il communique les informations aux acteurs du secteur social. On privilégie l'utilisation de canaux électroniques offrant des services de base uniformes (single sign-on, accusé de réception par fichier, notification par message, ...).

Les acteurs du secteur social doivent collecter les informations sur la base du modèle d'information et de directives administratives uniformes.

Le fournisseur d'informations dispose idéalement de la possibilité de contrôler la qualité des informations avant de les transmettre à un acteur du secteur social. Ceci suppose que les acteurs du secteur social mettent à la disposition des fournisseurs d'informations des logiciels permettant de contrôler la qualité.

Dès que ces informations parviennent chez un acteur du secteur social, elles doivent être validées une seule fois, selon une répartition fixe des tâches, par l'acteur du secteur social ou par l'autorité qui est la plus compétente ou dont l'intérêt pour valider ces informations est le plus grand.

Ces informations ne peuvent être partagées avec des utilisateurs autorisés et être réutilisées par eux qu'après leur validation. Dans le cas inverse, des informations erronées risquent d'être diffusées et le risque est grand que les fournisseurs d'informations soient contactés par différents acteurs du secteur social leur demandant de corriger ces mêmes informations inexactes.

### 3.3. GESTION DES INFORMATIONS

Les informations sous toutes leurs formes (p. ex. orales, imprimées, électroniques, visuelles, ...) doivent être gérées de manière efficace tout au long de leur cycle de vie.

Il y a lieu de fixer une répartition fonctionnelle des tâches afin de déterminer quel acteur du secteur social ou quelle administration se charge d'enregistrer, de gérer et de mettre à la disposition de tous les utilisateurs autorisés quelles informations sous leur forme authentique. Ainsi, une source authentique est déterminée pour chaque information au sein du secteur social ou de l'administration.

Les informations doivent être enregistrées conformément au modèle d'information et doivent pouvoir être agrégées de manière flexible en fonction des concepts légaux changeants.

Chaque acteur du secteur social doit signaler les inexactitudes supposées dans les informations à l'acteur qui doit les valider.

Chaque acteur qui doit valider conformément à la répartition des tâches fixée doit analyser les inexactitudes supposées qui lui ont été signalées, le cas échéant, les corriger et mettre l'information corrigée à la disposition des acteurs intéressés connus.

Les informations ne sont conservées et gérées qu'aussi longtemps que nécessaire pour les besoins de l'entreprise, le soutien à la politique ou l'application de la réglementation ou tant qu'elles conservent une pertinence historique ou une valeur d'archives. Dans ce cas, ces informations seront de préférence enregistrées sous une forme anonyme ou codée.

### 3.4. ECHANGE ELECTRONIQUE D'INFORMATIONS

Une fois collectées et validées, les informations sont, dans toute la mesure du possible, stockées, gérées et échangées électroniquement afin d'éviter toute réintroduction manuelle.

L'initiative de l'échange électronique d'informations peut émaner de l'acteur qui dispose d'une information, de l'acteur qui en a besoin ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

L'échange électronique des informations s'effectue dans un cadre d'opérabilité technique et fonctionnelle qui évolue progressivement et de façon permanente avec les standards ouverts du marché; ce cadre est indépendant de la technique d'échange des informations utilisée (interactive ou par traitement en différé).

Les informations disponibles sont utilisées de manière proactive pour l'octroi automatique de droits, le préremplissage lors de la collecte d'informations et la fourniture d'informations aux intéressés.

### **3.5. PROTECTION DES INFORMATIONS**

La sécurité, l'intégrité et la confidentialité des informations doivent être garanties grâce à un ensemble intégré de mesures de sécurité structurelles, organisationnelles, techniques, physiques et autres prises en exécution de la politique de sécurité de l'information fixée.

Les données à caractère personnel peuvent uniquement être utilisées pour des finalités conciliables avec le but pour lequel elles ont été collectées.

Les données à caractère personnel peuvent uniquement être accessibles aux utilisateurs autorisés en fonction des besoins de l'entreprise, du soutien de la politique et de l'application de la réglementation.

Les autorisations d'accès aux données à caractère personnel sont octroyées par un comité indépendant désigné par le Parlement, après constat de conformité aux critères d'accès. Les autorisations d'accès sont rendues publiques.

La conformité aux autorisations d'accès en vigueur est vérifiée préventivement pour chaque échange électronique de données à caractère personnel par la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Chaque échange électronique de données à caractère personnel est enregistré afin de permettre de tracer ultérieurement tout usage improprie éventuel.

Chaque fois que l'information est utilisée pour une décision, l'information utilisée est communiquée à l'intéressé en même temps que la décision.

Chaque personne a droit à l'accès et à la correction de ses propres données à caractère personnel.

## **4. LES PRINCIPALES REALISATIONS**

---

Comme mentionné dans l'introduction, la Banque Carrefour de la sécurité sociale a choisi une approche holistique en combinant réorganisation et intégration des systèmes d'information des différents acteurs du secteur social (le "back office") avec le

développement de services électroniques orientés sur les utilisateurs, via Internet, à l'attention des citoyens et entreprises (le « front office »).

Ceci donne lieu à la situation suivante :

- les allocations sociales sont octroyées de manière rapide et correcte, si possible sur l'initiative de l'acteur compétent du secteur social plutôt qu'à la demande de l'assuré social ;
- les informations déjà disponibles chez un acteur du secteur social et dont un autre a besoin, ne sont plus demandées à l'assuré social ou aux entreprises, mais sont échangées électroniquement entre acteurs du secteur social ;
- des concepts suffisamment harmonisés sont utilisés dans l'ensemble du secteur social, la réutilisation des informations devient donc possible ;
- les acteurs du secteur social ne doivent plus perdre de temps à exécuter plusieurs fois les mêmes tâches (p. ex. l'introduction ou la validation des informations) ;
- des statistiques intersectorielles relatives aux différents secteurs de la sécurité sociale peuvent être mises à la disposition des responsables politiques ;
- une lutte plus efficace contre la fraude devient possible ;
- les citoyens et les entreprises peuvent consulter des informations relatives à l'ensemble de la sécurité sociale et effectuer des transactions électroniques avec toutes les institutions de la sécurité sociale via une porte d'accès électronique unique, intégrée et axée sur les utilisateurs.

Ci-après, nous donnons un aperçu plus détaillé des principales réalisations.

#### 4.1. UN RESEAU D'ECHANGE DES DONNEES

La Banque Carrefour de la sécurité sociale gère un réseau d'échange électronique de données sécurisé entre quelque 2.000 acteurs du secteur social. La plupart des acteurs de ce secteur sont entre-temps intégrés à ce réseau. Il s'agit plus particulièrement de toutes les institutions publiques de sécurité sociale, du Service des allocations aux personnes handicapées et de l'Administration des pensions du Service public fédéral Sécurité sociale, du Registre national, des services d'inspection sociale, des mutualités, des caisses d'allocations de chômage, des caisses d'allocations familiales, des assureurs accidents du travail, des caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants, des principaux fonds de sécurité d'existence et graduellement des CPAS. En 2003, 339,1 millions de messages électroniques ont été échangés à travers le réseau, rendant ainsi autant de déclarations et d'attestations papier superflues. Le prix revient donc à moins de 5 cents par message.

Depuis quelques années, le réseau est relié de manière sécurisée avec des réseaux à haut degré de pénétration chez les citoyens et les entreprises, comme Internet, le réseau interbancaire ISABEL auxquels sont connectées de nombreuses entreprises, le réseau Publilink et le réseau VERA auxquels sont abonnés la plupart des commu-

nes et des CPAS. De cette manière naît progressivement un trafic de données électroniques entre les acteurs du secteur social, d'une part, et les citoyens et les entreprises, d'autre part.

Le réseau offre, par ailleurs, la possibilité de vérifier les signatures électroniques.

#### 4.2. LE REPERTOIRE DES REFERENCES

La Banque Carrefour de la sécurité sociale ne conserve pas des informations détaillées relatives aux assurés sociaux ou aux entreprises. Elle est néanmoins responsable de l'organisation des échanges électroniques de données, d'une part, entre les acteurs du secteur social et, d'autre part, entre ceux-ci et les citoyens et les entreprises. A cet effet, la Banque Carrefour de la sécurité sociale dispose d'un répertoire des références qui indique :

- pour chaque citoyen, chez quels acteurs du secteur social, il possède un dossier, sous quelle qualité et pour quelle période ;
- pour chaque type d'acteur du secteur social, la qualité sous laquelle un citoyen peut être connu chez cet acteur, le type de données disponibles chez cet acteur ;
- pour chaque type d'acteur du secteur social, la qualité sous laquelle un citoyen peut être connu chez cet acteur, les types de données dont cet acteur a besoin et qu'il est autorisé à recevoir d'autres acteurs pour réaliser sa mission.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale utilise ce répertoire des références pour :

- effectuer un contrôle d'accès préventif, c'est-à-dire limiter l'accès d'un acteur, d'une part, à l'information qu'il peut obtenir et, d'autre part, aux personnes pour lesquelles il gère un dossier ;
- transmettre des demandes d'information à l'acteur qui peut fournir l'information ;
- transmettre automatiquement les modifications aux informations (p. ex. changements d'adresses) aux acteurs du secteur social qui possèdent un dossier relatif au citoyen concerné et qui ont besoin de cette information pour exécuter leurs missions.

Le répertoire des références contient 91,4 millions de dossiers. Chaque assuré social y est en moyenne connu auprès de 6,59 acteurs du secteur social.

#### 4.3. L'UTILISATION DE CLES D'IDENTIFICATION UNIQUE

Pour améliorer la fluidité des échanges d'informations relatives aux citoyens et aux entreprises, un numéro d'identification unique, valable pour l'ensemble du secteur social est attribué à chaque citoyen et à chaque entreprise. Pour les citoyens, il s'agit du numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS), c'est-à-dire le numéro de registre national pour les personnes inscrites dans un registre belge de population ou des étrangers ou un numéro attribué par la Banque Carrefour de la sécurité socia-

le pour les personnes qui possèdent un dossier dans la sécurité sociale belge ou auprès d'une administration publique belge, mais qui ne sont pas inscrites dans un registre belge de population ou des étrangers.

Pour les entreprises, il s'agit encore provisoirement du numéro ONSS ; dès que la Banque Carrefour des Entreprises sera opérationnelle, il sera cependant fait usage du numéro d'entreprise.

Le numéro d'identification unique des citoyens est inscrit sur leur carte d'identité sociale qui peut être lue électroniquement ; ce numéro est lisible à l'œil nu et de manière électronique (voir point 4.10).

A l'aide du numéro d'identification unique, chaque acteur du secteur social peut demander, de manière aisée et fiable, via le réseau, des données sur l'intéressé auprès des autres acteurs. Sans numéro d'identification unique, cette opération nécessiterait des données d'identification tels que le nom, la date de naissance ou l'adresse, avec des risques nettement plus élevés d'erreur. Grâce à la plus grande fluidité des échanges d'informations entre acteurs du secteur social, les assurés sociaux et leurs employeurs sont déchargés de nombreuses tâches administratives lors de la transmission d'informations aux acteurs du secteur social, puisqu'ils doivent de moins en moins souvent communiquer les mêmes informations à un grand nombre d'acteurs différents.

#### **4.4. L'ACCES AU REGISTRE NATIONAL ET AUX REGISTRES BCSS**

Le Registre national et les registres BCSS – deux banques de données complémentaires qui tiennent à jour plusieurs données de base de toutes les personnes physiques belges ou étrangères pour lesquelles l'administration belge possède un dossier – peuvent être consultés électroniquement par tous les acteurs intégrés au réseau, de façon interactive ou par traitement en différé. Par ailleurs, toutes les modifications aux données d'identification de base des personnes inscrites dans le répertoire des références concernant lesquelles ils gèrent un dossier, sont communiquées de manière automatique à ces acteurs. Ceci se fait par le biais d'un système de boîtes aux lettres électroniques que les acteurs peuvent vider à leur gré.

La disponibilité des données d'identification de base dans le Registre national et dans les registres BCSS rend superflu la demande d'extraits des registres de population auprès des communes et de nombre d'autres informations d'identité auprès des citoyens. Ce qui permet aux fournisseurs d'informations et aux acteurs du secteur social qui doivent traiter les données d'éviter des frais et de gagner du temps. L'intervalle de temps entre la demande et l'obtention des informations est par ailleurs en moyenne réduit de quelques semaines à quelques secondes en cas d'interrogations en ligne et à maximum deux jours en cas d'interrogations en mode différé. Ainsi, les dossiers peuvent être traités plus rapidement et la prestation de services aux assurés sociaux est améliorée.

Via le système de messagerie électronique, tous les acteurs intéressés du secteur social sont systématiquement avisés des naissances, des changements d'adresse et des décès – informations pertinentes pour eux – qui ne doivent désormais être déclarés qu'aux seules administrations communales. Une fois que la commune a été mise au courant, l'assuré social ne doit plus informer tous les acteurs concernés du secteur social. La communication des changements d'adresses et des décès permet aux institutions de paiement d'éviter bien des pertes d'intérêts ou des frais de recouvrement qui sont la conséquence de l'émission d'ordres de paiement ou d'assignations postales à des personnes décédées ou ayant déménagé.

Au total, grâce à la consultation du Registre national et des registres BCSS, 96 millions d'extraits papier ont été évités en 2003.

#### **4.5. LA COLLECTE AUTOMATISEE ET LE STOCKAGE DES DONNEES RELATIVES AUX SALAIRES ET AU TEMPS DE TRAVAIL**

Alors que la collecte des données relatives aux salaires et à la durée du travail des travailleurs salariés, en vue de la fixation des cotisations sociales, s'effectuait jusqu'en 1989 pour ainsi dire exclusivement sur support papier, les employeurs ont, depuis 1990, la possibilité d'effectuer les déclarations trimestrielles à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) sur support électronique. Cela a considérablement diminué le travail administratif des employeurs, notamment parce que les programmes pour élaborer les déclarations électroniques ont été préalablement testés et agréés par l'ONSS, ce qui évite les risques d'erreurs et donc les risques d'un traitement fastidieux des remarques ultérieures.

Les informations émanant des employeurs sont, depuis 1990, enregistrées dans une banque de données de l'ONSS [la banque de données relatives aux salaires et au temps de travail (banque LATG)] qui, depuis sa création, est accessible aux institutions du secteur des vacances annuelles, au service qui tient à jour le compte individuel de pension et aux Fonds de sécurité d'existence. Auparavant, ces institutions recevaient tout au plus des copies des déclarations ONSS sur papier, qu'elles devaient introduire dans les ordinateurs de leur institution en vue de leur traitement. Les informations disponibles sous format électronique chez un grand nombre d'employeurs ou de secrétariats sociaux étaient imprimées sur papier en vue de leur transmission à l'ONSS ; ensuite, elles étaient à nouveau réintroduites dans un support informatique dans les différentes institutions de sécurité sociale. En outre, ces dernières ne collaboraient quasiment pas au traitement des données si bien que certains contrôles étaient effectués deux ou trois fois et que d'autres, bien qu'indispensables, n'étaient pas réalisés.

Le taux d'efficacité a pu être augmenté grâce à la mise à disposition de la banque LATG dans le réseau géré par la Banque Carrefour et par des accords précis en matière de répartition des tâches de contrôle et de traitement des informations entre les institutions concernées. Les avantages ne se sont pas fait attendre. Ainsi,

une grande partie du personnel des institutions concernées a pu être libérée du travail d'enregistrement superflu et être affectée à des tâches plus utiles comme le traitement des dossiers sur le plan du contenu. Les problèmes de paiement en temps opportun du pécule de vacances, qui persistaient depuis de longues années, ont été en grande partie résolus grâce au transfert beaucoup plus rapide des données et de leur traitement électronique instantané. Le service chargé de la tenue à jour des comptes individuels de pension a enfin pu mettre fin à son archivage des déclarations ONSS sur papier long de 6,6 km. En effet, elles sont désormais archivées sur des disques optiques auprès de l'ONSS. Les bons de cotisation pour travailleurs salariés sont automatiquement déduits par l'ONSS de la banque LATG et transférés par la voie électronique aux mutualités par la Banque Carrefour de la sécurité sociale (voir point 4.8.).

Depuis le 1er janvier 2003, la déclaration ONSS doit obligatoirement être effectuée par la voie électronique et elle a acquis un caractère multifonctionnel pour l'ensemble de la sécurité sociale, et plus uniquement pour le calcul des cotisations de sécurité sociale sur les revenus du travail, la tenue à jour du compte de pension et le calcul du pécule de vacances ou des avantages accordés par les fonds de sécurité d'existence. Les données relatives aux salaires et au temps de travail figurant sur la déclaration ONSS peuvent désormais également être utilisées pour le calcul de toutes les allocations de sécurité sociale liées aux salaires ou au temps de travail, comme par exemple les indemnités d'incapacité de travail et les allocations de chômage.

Les concepts de base tels que "salaire", "journée de travail" et "jour assimilé à un jour de travail" ont été définis, de façon univoque, pour l'ensemble de la sécurité sociale si bien que les institutions de sécurité sociale peuvent faire usage de données historiques relatives aux salaires et au temps de travail qui sont collectées via la déclaration trimestrielle à l'ONSS.

Les données qui sont ainsi mises à disposition au sein du réseau de la sécurité sociale ne doivent plus être demandées à l'employeur lorsque survient un risque social. Dès lors, l'introduction de la déclaration multifonctionnelle a permis de supprimer 50 formulaires, qui étaient utilisés annuellement plus d'un million de fois, et de limiter 27 formulaires, qui étaient utilisés plus de 5 millions de fois par an, à, en moyenne, un tiers des rubriques.

Jusqu'au 1er janvier 2003, la déclaration trimestrielle se composait d'un cadre comptable et de différents relevés du personnel. Un employeur exerçant plusieurs activités économiques différentes et/ou occupant des travailleurs de diverses catégories, devait introduire une déclaration par activité économique et/ou par catégorie de travailleur. Il y avait pas moins de 142 modèles différents. La déclaration multifonctionnelle modernisée met fin à la distinction entre cadre comptable et relevés du personnel. La déclaration se compose désormais d'un ensemble de lignes travail-



leurs sur lesquelles sont calculées les cotisations et les réductions de cotisations. D'ici à 2005, la déclaration ONSSAPL sera également alignée sur la nouvelle déclaration ONSS.

Avant le 1er janvier 2003, quand un employeur voulait apporter des modifications à la déclaration ONSS introduite, il devait suivre une procédure sur papier relativement lourde. Actuellement, une procédure électronique est en cours de développement qui permettra à terme aux employeurs de procéder, dans des limites déterminées, à certaines corrections en ligne par le biais du portail de la sécurité sociale (voir point 4.13.) ou par le biais d'un échange de messages structurés en mode d'application à application.

Enfin, le fichier LATG est un instrument extrêmement intéressant comme soutien à la politique socio-économique. Sa valeur scientifique et de soutien de la politique ne cesse d'augmenter au fur et à mesure que la période couverte s'allonge et que les données enregistrées deviennent plus précises. La publication trimestrielle, par l'ONSS, des "estimations rapides de l'emploi" en est un résultat important. Ces estimations fournissent un aperçu fiable de l'évolution de l'emploi sur la base d'un couplage de la banque LATG avec d'autres banques de données, 5 mois après la fin de chaque trimestre de déclaration. Grâce à ces estimations de l'emploi, la Belgique fait partie des pays qui disposent le plus rapidement de statistiques fiables sur l'évolution de l'emploi.

En 2003, la banque LATG a été à la base de l'échange de plus de 49 millions de messages électroniques, les bons de cotisation électroniques n'ayant pas été pris en considération.

#### 4.6. LE REPERTOIRE DES EMPLOYEURS

Dans le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, il est crucial de disposer d'informations exactes et suffisantes relatives à l'employeur, par exemple pour la fixation des pourcentages en vue du calcul des cotisations sociales, la détermination de la caisse d'allocations familiales compétente ou de la décision sur les conventions collectives de travail applicables.

Tous les acteurs du secteur social ont accès en ligne ou par traitement en différé au répertoire des employeurs que l'ONSS tient à jour depuis de longues années, ainsi qu'à l'historique. Jusqu'il y a quelques années, il était uniquement possible d'obtenir sporadiquement une copie ponctuelle de ce répertoire sur bande magnétique. Les données publiques du répertoire des employeurs sont, par ailleurs, mises à la disposition du public via le portail de la sécurité sociale (voir point 4.13.).

Cette option offre également d'énormes avantages, surtout lorsqu'elle est combinée à la consultation d'autres banques de données, et permet de déduire dans le temps le lien entre travailleur(s) et employeur(s) (voir point 4.12.). La détermination des

caisses d'allocations familiales compétentes successives en cas de changement d'employeur – ce qui était auparavant souvent source de problèmes et entraînait régulièrement des interruptions dans le paiement des allocations familiales – est par exemple aujourd'hui devenu un jeu d'enfant.

Au total, en 2003, le répertoire des employeurs a été consulté plus de 430.000 fois.

#### 4.7. LA REVISION DU CADASTRE DES PENSIONS

L'INAMI tient à jour depuis longtemps un cadastre des pensions en vue de la perception d'une retenue de 3,55% sur les pensions légales de vieillesse, de retraite, d'ancienneté et de survie ou sur d'autres avantages similaires. Ce cadastre est alimenté par des déclarations effectuées par les débiteurs de ces pensions ou avantages.

Entre-temps, le législateur a également introduit une cotisation de solidarité progressive, à retenir sur les montants cumulés des pensions par personne ; il a été décidé qu'il convenait également de fixer le pourcentage du précompte fiscal à retenir sur les pensions en tenant compte des montants cumulés des pensions par personne. Pour la fixation de la cotisation de solidarité et du pourcentage du précompte, les données disponibles dans le cadastre des pensions de l'INAMI ont servi de base. Il s'est toutefois rapidement avéré que le cadastre élaboré dans le cadre de la retenue des 3,55% devait être revu afin d'être utilisé de manière optimale pour soutenir la mise en application des mesures mentionnées.

A la suite de cette révision, le cadastre des pensions a pu être intégré au réseau géré par la Banque Carrefour comme serveur d'informations offrant une triple fonctionnalité :

- l'aide au calcul des cotisations et des précomptes sur les montants cumulés de pension effectivement versés, comme la cotisation de 3,55% et la cotisation de solidarité ;
- la mise à disposition d'informations complètes concernant l'instance qui accorde tels ou tels avantages légaux et extra-légaux de pension à telle ou telle personne, notamment en vue d'appliquer les règles en vigueur en matière de concours entre ces avantages ;
- le soutien à la politique sociale menée en matière de pensions.

Sur la base du cadastre des pensions, des aperçus électroniques sont conçus pour l'Office national des pensions et pour l'Administration des pensions. Ces aperçus mentionnent, par personne, tous les avantages légaux et extra-légaux en matière de pension ; ces deux instances sont ainsi en mesure d'établir la cotisation progressive de solidarité et le précompte fiscal qui doivent être retenus sur chaque avantage de pension en fonction du montant cumulé de la pension. Ensuite, toutes les institutions qui paient des pensions légales sont informées via des attestations électroniques des montants de la cotisation de solidarité et du pourcentage du précompte fiscal qu'elles doivent retenir sur chaque avantage payé. En 2003, plus de 3 millions de messages électroniques ont été échangés en la matière.

#### 4.8. L'AUTOMATISATION DES BONS DE COTISATION

Auparavant, chaque assuré de l'assurance maladie et invalidité devait transmettre annuellement un bon de cotisation papier à sa mutualité pour prouver son assurabilité. Ce bon lui était délivré, selon les cas, par son employeur, sa caisse d'assurances sociales pour indépendants ou l'institution de sécurité sociale qui lui versait des allocations. Les mutualités introduisaient manuellement ces bons papier dans des supports informatiques pour les traiter, après quoi l'INAMI était en mesure de procéder à certains contrôles pour vérifier si les bons correspondaient effectivement aux informations disponibles auprès de l'ONSS ou d'autres institutions de sécurité sociale.

Progressivement, tous les bons de cotisation papier ont été supprimés, tant pour les fonctionnaires, les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants que pour les différentes catégories de bénéficiaires d'allocations de sécurité sociale (chômeurs, personnes en incapacité de travail, ...). Les preuves de cotisation sont désormais déduites de manière automatisée des diverses banques de données disponibles auprès de l'ONSS, de l'ONSSAPL, de l'ONEM, des caisses d'assurances sociales pour indépendants et de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, et transmises aux mutualités par le réseau de la Banque Carrefour. Ceci décharge les employeurs de l'impression des bons de cotisation, les assurés sociaux du manipulement d'attestations papier, les mutualités d'une introduction manuelle fastidieuse avec les multiples risques d'erreurs qui en découlent et l'INAMI de contrôles devenus superflus.

En 2003, près de 14 millions de bons de cotisation électroniques ont été échangés.

#### 4.9. L'ECHANGE ELECTRONIQUE DES ATTESTATIONS RELATIVES A LA SITUATION EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE

Ces dernières années, la Banque Carrefour s'est également attachée tout particulièrement au développement de flux de données électroniques qui permettent aux institutions de sécurité sociale de communiquer la situation d'une personne en matière de sécurité sociale à d'autres acteurs, dans ou en dehors de la sécurité sociale, qui ont besoin de ces informations pour l'exécution de leurs missions.

Ceci évite aux institutions de sécurité sociale d'établir un grand nombre d'attestations sur papier et de les envoyer aux assurés sociaux, qui doivent alors aller les remettre à une autre institution, où les données qui figurent sur ces attestations doivent à nouveau être introduites manuellement.

Toutes les institutions affiliées au réseau peuvent consulter d'une manière contrôlée les banques de données de toutes les autres institutions et échanger jusqu'à 170 types de messages électroniques.

Pour les messages en ligne, le délai entre le moment de la demande et celui de la réponse n'excède pas quatre secondes dans 99,2% des cas.

La liste exhaustive des attestations électroniques qui sont échangées directement entre les acteurs du secteur social ou d'autres instances, comme les administrations communales ou l'Administration des contributions directes, peut être consultée sur le site de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Ci-après, nous citons quelques uns de ces flux de données, en mentionnant également les chiffres pour l'année 2003 :

- 1,9 million d'attestations électroniques se rapportant à des chômeurs ou à des personnes en interruption de carrière destinées au service qui tient à jour le compte individuel de pension, afin que ce service puisse compléter leur compte pension ;
- 4,6 millions d'attestations électroniques destinées aux mutualités et se rapportant à des personnes ayant droit au revenu d'intégration, à une allocation de handicapé, un revenu garanti pour personnes âgées, des allocations familiales majorées pour cause de handicap, ou à des chômeurs de longue durée ; ainsi, les mutualités sont en mesure d'établir les droits de ces personnes à une intervention majorée dans les frais de soins de santé, de tenir compte de ces données lors de la fixation de l'intervention forfaitaire pour malades chroniques et d'appliquer immédiatement le maximum à facturer;
- 2,6 millions d'attestations électroniques en provenance de l'ONEM, destinées aux caisses d'allocations familiales, par lesquelles est communiqué le statut de chômeur (de longue durée) ou de personne en interruption de carrière ; dès lors, les caisses d'allocations familiales peuvent fixer le droit à des allocations familiales (majorées) ;
- 2,7 millions d'attestations électroniques émanant des mutualités et destinées aux caisses d'allocations familiales se rapportant au maintien du droit aux allocations familiales pour les personnes en incapacité de travail ou pour les femmes en congé de maternité ;
- 286.000 attestations électroniques provenant des services de placement et destinées aux caisses d'allocations familiales concernant les jeunes qui quittent l'école et qui s'inscrivent comme demandeurs d'emploi, de manière à préserver leur droit aux allocations familiales ;
- 4 millions d'attestations électroniques émises par l'ONEM et destinées à l'ONSS et/ou à l'ONSSAPL afin que ces institutions puissent vérifier si les conditions d'octroi de réductions de cotisations patronales sont remplies ;
- 1,8 million d'attestations électroniques provenant du Fonds de Sécurité d'existence pour les ouvriers du secteur du bâtiment et destinées à l'ONSS, afin que l'ONSS soit en mesure de vérifier, lors d'un contrôle sur le chantier de construction, l'authenticité d'une carte de contrôle pour un travailleur donné ;
- 9,5 millions d'attestations électroniques destinées au SPF Finances portant sur le ticket modérateur payé en soins de santé, afin que lors de l'imposition le SPF Finances puisse automatiquement établir, par ménage, les montants à déduire de l'impôt sur les personnes physiques à payer dans le cadre du maximum à facturer;
- 7 millions d'attestations électroniques destinées au SPF Finances, qui indiquent les personnes qui tombent sous l'application de la cotisation spéciale de sécurité sociale perçue par le SPF Finances sur le revenu imposable du ménage, ou qui indiquent les montants à déduire de la cotisation spéciale de sécurité sociale à la suite du paiement d'une cotisation majorée dans le statut social des indépendants ;

- 2,6 millions d'attestations électroniques venant du FAT, de l'INAMI, du FMP, de l'ONAFIS, du CIN, de l'INASTI et du SPF Sécurité Sociale à destination de la Région flamande, afin que la Région flamande puisse accorder automatiquement, lors de la fixation du précompte immobilier, la réduction ou l'exonération du précompte aux personnes concernées ;
- 6,3 millions d'attestations électroniques destinées aux administrations communales et provinciales ainsi qu'à la Vlaamse Milieumaatschappij (Société flamande de l'environnement) et à la Région de Bruxelles-Capitale, mentionnant qui de leurs contribuables ou de leurs redevables d'une redevance bénéficie d'un remboursement majoré des frais de soins de santé, si bien que les instances concernées peuvent accorder automatiquement aux intéressés une réduction ou une exonération des impôts ou des redevances prévues dans leurs règlements ;
- 238.000 attestations envoyées par le SPF Sécurité sociale et le Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Fonds flamand pour l'intégration des personnes handicapées) à la société De Lijn, qui peut dès lors accorder à ces personnes un abonnement de transport gratuit ;
- 1,2 million d'attestations électroniques établies par les mutualités et destinées aux Communautés et à la Région de Bruxelles-Capitale, afin qu'elles puissent organiser tous les deux ans, dans le cadre de leur politique des soins de santé préventifs, des examens gratuits de dépistage du cancer par mammographie ;
- 4 millions d'attestations électroniques relatives à des périodes d'interruption de travail en provenance des mutualités, des assureurs accidents du travail et des organismes de paiement des allocations de chômage à destination des autres institutions de sécurité sociale afin de compléter les données de la déclaration multifonctionnelle des employeurs avec les données dont les institutions émettrices sont la source authentique ;
- 700.000 attestations électroniques émises par l'INASTI destinées aux autres institutions de sécurité sociale communiquant le début et la fin d'une activité d'indépendant ;
- 9,2 millions d'attestations électroniques destinées au datawarehouse OASIS dans le cadre d'un projet antifraude commun des services d'inspection du SPF Sécurité sociale, de l'ONSS, du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et de l'ONEM ; l'objectif de ce datawarehouse est de permettre aux services d'inspection sociale d'effectuer des analyses sur des données codées provenant de diverses institutions de sécurité sociale en vue de détecter des fraudes potentielles ; pour les personnes soupçonnées de fraude, la Banque Carrefour réidentifie les données pour les services d'inspection, afin qu'ils puissent effectuer des contrôles ciblés.

Par ailleurs, la Banque Carrefour prend activement part, au niveau européen, au développement d'un réseau européen pour l'échange électronique de données sociales relatives aux citoyens qui migrent entre des Etats membres de l'Union européenne. En Belgique, la Banque Carrefour de la sécurité sociale joue le rôle de "point de transmission" pour l'échange de messages électroniques en provenance d'institutions étrangères de sécurité sociale, destinés à des institutions de sécurité sociale belges et vice versa. Par exemple, en 2003, 52.000 messages électroniques

ont été échangés entre institutions de pension belges et étrangères, ceci permet de tenir à jour un aperçu des droits à la pension que les travailleurs migrants au sein de l'Union européenne s'ouvrent dans différents Etats membres.

#### 4.10. LA CARTE D'IDENTITE SOCIALE OU CARTE SIS

Dans le courant de 1998, chaque assuré social a reçu une carte d'identité sociale ou carte SIS. Cette carte adopte la forme d'une carte à puce, sur laquelle sont imprimées des données et stockées des informations électroniques.

En premier lieu, la carte SIS comporte un certain nombre de données d'identification de base, parmi lesquelles le NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale).

Ces données figurant sur la carte SIS sont lisibles à l'œil nu et par la voie électronique. Le fait de détenir un document officiel mentionnant exactement son NISS et de devoir le montrer à chaque contact avec une institution de sécurité sociale procure à l'assuré social la garantie d'un service plus rapide et plus exact. En outre, cela augmente la disponibilité du NISS (correct) dans les banques de données des institutions de sécurité sociale. De plus, chaque institution qui souhaite interroger le réseau dispose aussi systématiquement du NISS correct. Ainsi, les données nécessaires à la détermination des droits sociaux peuvent être retrouvées plus rapidement, plus fréquemment et avec une plus grande garantie d'exactitude par le biais du réseau de la Banque Carrefour. L'assuré social doit alors fournir moins souvent des informations détaillées aux différentes instances de sécurité sociale et ses droits sociaux peuvent être fixés de manière plus rapide et plus correcte.

La carte d'identité sociale peut également être utilisée pour la mention du NISS sur chaque déclaration que l'employeur ou d'autres instances, par exemple les débiteurs de pensions extralégales, doivent effectuer pour un assuré social. De ce fait, les employeurs et ces autres instances sont déchargés de la nécessité de demander ce numéro au Registre national ou à une institution de sécurité sociale, et du traitement ultérieur fastidieux des questions complémentaires posées par les institutions de sécurité sociale par suite de l'absence de ce numéro. Le traitement de ces déclarations peut alors s'effectuer de façon plus efficace par les institutions destinataires, en particulier quand des données relatives à l'intéressé en provenance de plusieurs sources doivent être rassemblées sur la base de ce numéro. Le cadastre des pensions, mentionné sous le point 4.7., en est un bon exemple. Tous les avantages de pension qui sont versés à un individu par diverses instances doivent être rassemblés en vue de la fixation des cotisations ou des précomptes fiscaux sur les montants cumulés par la personne ou en vue de l'établissement de statistiques de pension. Sans un système de déclaration qui mentionne systématiquement le NISS, le rassemblement correct des données par personne est d'autant plus compliqué.

En outre, la mention du NISS sur la carte SIS sous une forme électroniquement lisible permet de recourir à un appareil de lecture électronique aux guichets des institutions de sécurité sociale, chez les employeurs ou quand l'assuré social doit s'identifier à l'égard de la sécurité sociale. Cela permet d'éviter de devoir réintroduire inutilement ce numéro et donc les risques d'erreur qui en découlent. Le certificat généré automatiquement lors de la lecture électronique de la carte d'identité sociale peut servir dans chaque phase du processus de traitement ultérieur des données comme preuve de la fiabilité du NISS communiqué et éviter de multiples contrôles d'exactitude.

Outre les données d'identification, la carte SIS comprend, uniquement sous une forme électronique, également des données relatives à la situation d'assurabilité du titulaire dans le secteur des soins de santé. Il s'agit des mêmes données qui figuraient auparavant sur les vignettes et la carte de mutualité en plastique et qui, à présent, permettent au titulaire de prouver sa situation d'assurabilité à l'égard des dispensateurs de soins de santé, comme les pharmaciens, les hôpitaux, etc. Sur la base de ces données, les dispensateurs de soins sont en mesure de déterminer la part personnelle de l'intéressé dans le coût des soins dispensés. Les données relatives à la situation d'assurabilité sont codées et donc seulement lisibles à l'aide d'une carte de décryptage (la « carte SAM »), qui est distribuée par l'INAMI aux seuls dispensateurs de soins qui doivent connaître ces données en vue de l'application du système du tiers payant. Comme ces dispensateurs de soins peuvent recopier électroniquement les données d'identification et d'assurabilité figurant sur la carte dans leurs fichiers, ils évitent d'avoir à réintroduire quelque 100 millions de vignettes par an. Par ailleurs, le passage des vignettes aisément falsifiables et d'une carte à bande magnétique actualisable peu sûre par titulaire à une carte à puce sûre, actualisable et lisible électroniquement par titulaire ou personne à charge, offre aux dispensateurs de soins des garanties nettement plus élevées quant à l'exactitude des données d'assurabilité qu'ils peuvent d'ailleurs mettre à jour, en cas de doute, à partir de leur appareil de lecture après s'être connectés sur l'ordinateur des mutualités.

Si cela s'avère utile pour l'application de la sécurité sociale, d'autres données pourront ultérieurement être ajoutées à la carte SIS à la condition que cet ajout soit autorisé par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et après avis pris du Comité sectoriel de la sécurité sociale.

Ce faisant, il est possible de coder plusieurs types d'informations avec différentes clés, de telle manière que chaque clé ne donne accès qu'à une partie des informations et à condition d'accorder un accès sélectif aux données en fonction de l'utilisateur de la carte.

Il n'entre toutefois pas dans les intentions d'utiliser la carte SIS comme un moyen de transfert électronique de données.

Cela n'a d'ailleurs pas de sens de charger l'assuré social du transport de données via une carte à puce vers des acteurs, alors que ces derniers peuvent obtenir les données concernées par le réseau décrit ci-dessus. L'utilisation du réseau rend la vie de

l'assuré plus facile, est plus rapide, moins onéreuse et offre plus de garanties en matière d'exactitude et de protection des données. Outre la fonction de moyen d'identification fiable, la carte sera donc uniquement employée pour mettre à disposition, de manière électronique, des instances non intégrées au réseau de la Banque Carrefour de la sécurité sociale des données relatives au statut d'une personne en matière de sécurité sociale.

Sur la base de l'expérience acquise avec la carte SIS, le Gouvernement fédéral a conçu une carte d'identité électronique avec, d'une part, les données d'identification de base du titulaire et, d'autre part, des clés privées et des certificats qui peuvent être utilisés pour une authentification électronique et le placement de signatures électroniques. Cette carte sera distribuée à tous les citoyens sur une période de 3 à 5 ans. Dès que les assurés sociaux disposeront d'une carte d'identité électronique et que tous les dispensateurs de soins seront intégrés de manière sécurisée au réseau de la Banque Carrefour de la sécurité sociale par le biais de CARENET (en cours d'élaboration) ou d'Internet, la carte SIS pourra être supprimée. En effet, les dispensateurs de soins pourront alors consulter la situation d'assurabilité d'un patient, via le réseau, dans la banque de données de sa mutualité à l'aide de la carte d'identité électronique comme moyen d'identification et d'authentification.

#### 4.11. STATISTIQUES INTEGREES

Les informations disponibles dans les systèmes d'information opérationnels des différents acteurs du secteur social et nécessaires au soutien de la politique sociale sont copiées à intervalles réguliers dans les datawarehouses qui peuvent être utilisés pour l'élaboration de statistiques intégrées avec des informations codées ou anonymes. Le recours aux datawarehouses permet de répondre mieux, plus rapidement et de manière moins onéreuse aux demandes de données émanant des institutions de recherche et des autorités. Ce faisant, deux types d'application sont offerts : d'une part, plusieurs applications de base où, selon une fréquence déterminée (par trimestre, par semestre, par année,...), un nombre déterminé de statistiques sont calculées et, d'autre part, certaines applications ad hoc qui sont réalisées à la demande des chercheurs.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale gère le datawarehouse marché de l'emploi, avec information intégrée sur (l'évolution du) marché belge de l'emploi en combinant entre elles des informations relatives à l'emploi, au chômage et aux allocations sociales.

#### 4.12. LA DECLARATION IMMEDIATE D'EMPLOI (DIMONA)

L'existence d'une relation de travail est une donnée fondamentale pour la sécurité sociale. L'introduction de la déclaration DIMONA en 1999 avait pour but d'informer immédiatement les acteurs du secteur social du début et de la fin d'une relation de



travail. La déclaration, que l'employeur doit introduire par voie électronique, permet d'identifier très rapidement la relation entre un employeur et un travailleur, ce qui facilite le traitement électronique des déclarations ultérieures.

Du fait que les informations transmises de cette manière sont immédiatement disponibles dans une banque de données de l'ONSS, consultable de manière interactive par tous les acteurs du secteur social qui en ont besoin (même par les services d'inspection sociale à l'aide d'un ordinateur portable et d'un GSM), l'employeur est déchargé de la tenue à jour spécifique de la relation de travail dans des documents distincts. Ainsi, le registre du personnel, le registre spécial du personnel, le document individuel ainsi que la déclaration néant à l'ONSS pourront notamment être progressivement supprimés. Grâce à la mention de la qualité d'étudiant dans la déclaration DIMONA, l'employeur ne doit plus envoyer les contrats d'étudiant sur papier à l'inspection des Lois sociales.

Dès qu'une déclaration DIMONA arrive à l'ONSS, celle-ci est enregistrée dans le fichier électronique du personnel de l'employeur auprès de l'ONSS. Ce fichier du personnel peut être consulté en ligne par l'employeur via le portail de la sécurité sociale (voir point 4.13.). Comme un employeur est uniquement autorisé à consulter des données relatives aux travailleurs avec lesquels il a une relation de travail, la déclaration DIMONA est une composante de base de la clé d'accès des employeurs au réseau de la sécurité sociale.

#### **4.13. UN ENVIRONNEMENT PORTAIL INTEGRE BASE SUR UNE LOGIQUE D'UTILISATEUR**

Le portail de la sécurité sociale peut être consulté à l'adresse <http://www.socialsecurity.be>. Il met à disposition des services intégrés pour différents groupes cibles (assurés sociaux, employeurs, certaines catégories de professionnels, ...) en fonction des événements qui se produisent dans la vie des utilisateurs (embauche, emploi, départ à la retraite, ...).

Le portail est disponible en permanence et à partir de n'importe quel endroit. Il fait entrer la sécurité sociale sur le lieu du travail et dans le salon. Ceci permet d'éviter des déplacements et des temps d'attente. Les utilisateurs peuvent entrer directement en contact électronique avec les institutions de sécurité sociale et ils obtiennent une réaction en temps réel.

Progressivement, le portail évolue vers une prestation de services personnalisée pour chaque usager qui tient compte des spécificités de ce dernier, soit sur la base d'un profil que l'usager communique lui-même, soit sur la base d'une analyse de sa situation en matière de sécurité sociale. La prestation de services personnalisée implique notamment que seules des informations et des transactions pertinentes soient offertes, avec un "look and feel" et une interface adaptés aux souhaits de l'uti-

lisateur ainsi qu'une aide personnalisée (p. ex. aide contextuelle, langue de l'utilisateur, vocabulaire approprié, simulations en ligne, ...). Un premier pas en ce sens est la mise à disposition d'une page personnelle pour chaque employeur.

Sur le portail sont à la fois disponibles de manière intégrée des informations, des transactions et des liens vers les sites Internet des différentes institutions de sécurité sociale. Les transactions peuvent être effectuées sur le portail, mais également d'application à application (p. ex. l'échange direct de données entre le logiciel de l'administration du personnel d'une entreprise et les systèmes d'information des institutions de sécurité sociale), ce qui permet d'éviter une réintroduction manuelle inutile et susceptible de générer des erreurs. Pour la mise en œuvre des transactions d'application à application, le portail contient des instructions, glossaires, schémas XML et scénarios de tests standardisés pour l'ensemble des transactions.

Le portail propose en outre des services de base communs, comme par exemple le single sign on, les accusés de réception électroniques et les notifications, ... Les procédures nécessaires à une gestion adéquate des utilisateurs ont été mises en œuvre, et ceci tant pour les citoyens que pour les entreprises. L'authentification des utilisateurs s'effectue à l'aide d'un numéro d'utilisateur, d'un mot de passe et d'un "token" (c'est-à-dire une petite carte envoyée à l'utilisateur et qui contient 24 séries de lettres non mémorisables, dont une série arbitraire est demandée à chaque connexion au portail). A l'avenir, l'authentification se fera à l'aide du certificat électronique prévu sur la carte d'identité électronique et destiné à cet effet. Dans chaque entreprise, un administrateur local a été désigné, lequel détermine quels collaborateurs de l'entreprise sont autorisés à effectuer quelles transactions au nom de l'entreprise.

Entre-temps, les entreprises ou leurs représentants, tels que les secrétariats sociaux, peuvent effectuer via le portail 25 transactions électroniques :

- la déclaration DIMONA ;
- la déclaration trimestrielle à l'ONSS ;
- la correction électronique de la déclaration trimestrielle à l'ONSS ;
- la consultation de leur propre fichier du personnel ;
- la consultation du répertoire des employeurs ;
- la notification électronique intégrée d'un chantier de construction ;
- la consultation de l'obligation de retenue dans le secteur de la construction ;
- la demande de détachement d'un travailleur à l'étranger (Gotot) ;
- la communication préalable de chômage temporaire ;
- la consultation du fichier de vacances ;
- la déclaration d'un accident du travail et le rapport mensuel (2 transactions) ;
- la déclaration de la reprise du travail après un accident du travail ;
- la déclaration annuelle de chômage temporaire ;
- la déclaration mensuelle des heures de chômage temporaire ;
- la déclaration de début d'un emploi à temps partiel avec maintien des droits dans le régime du chômage ;

- la déclaration mensuelle de travail à temps partiel pour le calcul de l'allocation de garantie de revenus (secteur du chômage) ;
- la déclaration mensuelle de travail en tant que travailleur occupé dans un atelier protégé (secteur du chômage) ;
- la déclaration mensuelle de travail dans le cadre d'un programme d'activation (secteur du chômage) ;
- la déclaration pour la détermination du droit aux vacances jeunes (secteur du chômage) ;
- la déclaration mensuelle des heures de vacances jeunes (secteur du chômage) ;
- la demande mandatée de l'éloignement d'une travailleuse enceinte (secteur des maladies professionnelles).

A court terme, deux nouvelles transactions sont prévues pour les citoyens sur le portail de la sécurité sociale. Une première transaction, appelée Self-pen, permet aux citoyens de demander des informations personnalisées sur leur pension. Une deuxième transaction est prévue par le Fonds de fermeture des entreprises. Celle-ci permettra aux victimes d'une fermeture d'entreprise de consulter l'état d'avancement de leur dossier. Au total, une quarantaine de transactions ont été définies pour les citoyens et seront mises en oeuvre aux cours des prochaines années.

#### **4.14. UN CENTRE DE CONTACT DE LA SECURITE SOCIALE**

En plus du portail, un centre de contact de la sécurité sociale, Eranova, a également été développé. Les employeurs peuvent y faire appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour toute question relative à l'échange électronique de données avec les institutions de sécurité sociale. Ce centre de contact est accessible par téléphone, courrier électronique ou fax. Il est soutenu par un outil de gestion de la relation client dans lequel tous les contacts sont conservés. A chaque contact, les collaborateurs du centre de contact ont ainsi un aperçu de tous les contacts antérieurs avec l'employeur concerné, avec une indication des questions posées, des réponses données et d'autres informations similaires.

Pour les questions les plus fréquemment posées, l'outil de gestion de la relation client comporte des scripts qui aident les employés du centre de contact à répondre aux questions posées. Les questions les plus souvent posées et les réponses à celles-ci sont par ailleurs publiées sur le portail de la sécurité sociale, afin que les employeurs puissent trouver des réponses eux-mêmes.

Le centre de contact est en mesure de répondre lui-même à plus ou moins 80% des questions posées. Les spécialistes qui sont appelés à répondre aux autres questions sont tenus de respecter des délais stricts. Des tableaux de bord sur la nature et la fréquence des questions sont utilisés en vue d'améliorer en permanence le service et la communication d'informations.

A l'avenir, les services du centre de contact seront étendus aux assurés sociaux.

## 5. LES PRINCIPAUX DEFIS

### 5.1. L'INTEGRATION AU RESEAU D'AUTRES ACTEURS DU SECTEUR SOCIAL ET D'AUTRES BANQUES DE DONNEES, ET LE DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX FLUX DE DONNEES ELECTRONIQUES

La Banque Carrefour envisage l'intégration de plus en plus d'acteurs du secteur social dans son réseau de prestation de services. D'ici la fin de 2004, tous les CPAS devront être connectés. Pour atteindre cet objectif, la Banque Carrefour et le SPF Sécurité Sociale ont élaboré un plan d'action et une campagne de sensibilisation en faveur des CPAS. Les fonds de sécurité d'existence, les fonds de pensions complémentaires (deuxième pilier de pension), les institutions des Communautés et des Régions chargées de missions sociales, les provinces ou communes, les prestataires de soins, les guichets d'entreprise et les entreprises privées qui offrent des services d'intérêt général (p. ex. les sociétés de distribution d'électricité et de gaz), et qui ont besoin à cet effet d'informations sur le statut social de certains de leurs clients, voici autant de groupes cibles prioritaires pour l'extension du réseau.

Au fur et à mesure que de nouvelles banques de données qui s'avèrent utiles pour les acteurs du secteur social, sont constituées au sein ou en dehors de la sécurité sociale, celles-ci sont intégrées au réseau.

Parmi les banques de données déjà intégrées ou appelées à s'intégrer au réseau, citons : le répertoire des allocations familiales de l'ONAFIS, la banque de données relative aux salaires et au temps de travail de l'ONSSAPL et le répertoire central des indépendants de l'INASTI.

Par ailleurs, des attestations papier peuvent encore être remplacées par des flux de données électroniques directs entre acteurs du secteur social. Chaque fois que les fournisseurs et destinataires des données concernés seront techniquement prêts, ces attestations seront remplacées par des flux de données électroniques adaptés. Grâce à cela, les assurés sociaux seront de moins en moins confrontés à de telles attestations papier.

### 5.2. LA PROMOTION DE L'ECHANGE ELECTRONIQUE DE DONNEES ENTRE ASSURES SOCIAUX ET ENTREPRISES, D'UNE PART, ET ACTEURS DU SECTEUR SOCIAL, D'AUTRE PART

La possibilité croissante d'échange électronique de données entre les assurés sociaux individuels et leurs employeurs, d'un côté, et les acteurs du secteur social, de l'autre, constitue une nouvelle opportunité majeure. Les conditions sont plus que jamais réunies. L'utilisateur final dispose de la technologie d'Internet, peu onéreuse et très conviviale.

Une première série d'applications d'un tel échange électronique de données interactif entre les employeurs et les institutions de sécurité sociale a déjà été énumérée sous le point 4.13.

Toutes les formalités administratives des assurés sociaux ou de leurs employeurs qui ne se déroulent pas encore de façon électronique, seront progressivement remplacées par des procédures électroniques. Les assurés sociaux pourront obtenir par la même voie électronique les informations de base sur l'état d'avancement de leurs dossiers.

Les employeurs pourront également obtenir de façon électronique auprès des institutions de sécurité sociale des informations minimales et non sensibles relatives aux personnes qui ont mis leur carte d'identité sociale à disposition. Ils ne devront donc plus demander ces informations par téléphone ou sur papier. Un employeur qui souhaite engager une personne pourra ainsi savoir, par exemple, à quelles réductions de cotisations cette embauche lui donne droit.

De nombreuses transactions supplémentaires, notamment l'introduction progressive des déclarations électroniques des risques sociaux, seront mises en oeuvre au cours des prochaines années. Par ailleurs, la Banque Carrefour prévoit d'ici la fin de 2004 l'ouverture de son répertoire des références comme service de base de l'environnement de portail.

### **5.3. LE DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX TYPES DE SERVICES**

Le recours aux nouvelles technologies offre par ailleurs d'énormes perspectives en matière de développement de nouveaux types de services, comme par exemple l'octroi automatique et systématique de droits grâce à un échange électronique de données efficace entre un grand nombre d'instances, voire même la recherche active de non recours à certains droits via des techniques de datawarehousing. Aujourd'hui, les chômeurs et les personnes en incapacité de travail reçoivent déjà automatiquement leur pension à l'âge requis sans qu'ils aient à introduire de demande par le biais de leur commune. Certaines catégories socialement défavorisées (bénéficiaires du revenu d'intégration, personnes handicapées, etc.) se voient accorder automatiquement des réductions sur leurs cotisations, taxes ou impôts, un tarif social pour le téléphone ou un abonnement gratuit pour les transports en commun sans avoir à délivrer d'attestation à cet effet.

La loi organique de la Banque Carrefour dispose que toutes les instances qui accordent des droits supplémentaires sur la base du statut social (comme Belgacom, Electrabel, ...) sont obligées de demander ces informations sur le statut auprès de la Banque Carrefour et non auprès des assurés sociaux.

Grâce à ce service, on évite que les citoyens en général et les personnes en situation précaire en particulier ne fassent pas valoir leurs droits par manque d'informations. Ils bénéficient de l'avantage sans avoir à accomplir des démarches administratives.

Un autre exemple d'un nouveau service est le développement d'environnements de simulation personnalisés destinés, par exemple, aux personnes qui envisagent de prendre leur prépension et qui souhaitent en connaître les conséquences financières.

Les nouvelles technologies telles que les environnements portail dotés d'outils de gestion de la relation client permettent également de personnaliser nettement plus la prestation de services : un pensionné a d'autres besoins qu'un employé spécialisé d'une mutualité. Dans un premier temps les actions des utilisateurs donnent lieu à des réactions, à terme toutefois les assurés sociaux pourront même être automatiquement informés de leurs droits éventuels ou les employeurs des réductions de cotisations possibles et ce en fonction de leur situation spécifique. Les citoyens et les employeurs pourront effectuer le suivi de leurs dossiers. De cette manière, la publicité de l'administration pourra être considérablement accrue.

Le centre de contact est susceptible de devenir un point de contact unique pour les employeurs et les assurés sociaux, octroyant des informations et un soutien en ce qui concerne l'ensemble de la sécurité sociale.

La Banque Carrefour a également proposé au Gouvernement fédéral d'évoluer vers une déclaration d'impôts des personnes physiques précomplétée. Concrètement, les déclarations d'impôts seraient complétées partiellement sur la base des données disponibles dans le réseau du secteur social avant d'être envoyées aux contribuables.

Ceci serait un pas de plus vers une simplification administrative. Les employeurs seraient en effet déchargés de la transmission au fisc des fiches de revenus de leurs travailleurs et les contribuables ne devraient plus recopier sur leurs déclarations d'impôts les données figurant sur leurs fiches de revenus provenant de leurs employeurs ou des institutions de sécurité sociale. Par ailleurs, le SPF Finances ne devrait plus comparer les données déclarées avec celles qui figurent sur les fiches de revenus transmises par les employeurs et les institutions de sécurité sociale.

Il va de soi que lors de l'utilisation des nouvelles technologies une attention permanente est accordée aux aspects de sécurité et à la protection de la vie privée. Les services peuvent exclusivement être utilisés et les données uniquement consultées et corrigées par des instances autorisées à cet effet par un comité sectoriel de la sécurité sociale indépendant et nommé par le Parlement. Lorsque les données circulent sur des réseaux, il est veillé à ce qu'elles ne puissent pas être lues ou modifiées par des personnes non autorisées.

#### 5.4. L'E-WORKSPACE

La Banque Carrefour travaille également au développement d'un e-workspace, c'est-à-dire un environnement de travail partagé sur Internet qui offre différentes fonctionnalités, telles qu'un soutien à la gestion des documents et des connaissances, un

soutien du flux de travail, un soutien à la gestion de projets et de programmes, un soutien à l'e-apprentissage. L'objectif est d'augmenter de cette manière l'efficacité de l'organisation et des processus de travail.

Dans une première phase, le groupe cible de l'e-workspace comprend le personnel et les administrateurs des institutions de sécurité sociale, le personnel et le conseil d'administration du SPF Sécurité sociale et du SPF Emploi, travail et concertation sociale, le personnel et les administrateurs de l'asbl SmalS-MvM, ainsi que le personnel des clients et des fournisseurs d'information de la Banque Carrefour qui sont concernés par les programmes et projets qu'elle coordonne.

Les personnes autorisées recevront via un navigateur Internet un accès direct à l'e-workspace à tout moment et à partir de n'importe quel endroit. L'accès pourra également avoir lieu par le biais d'applications utilisées par les institutions du groupe cible sur la base d'une connexion d'application à application ou sur la base de standards ouverts tels que XML.

#### **5.5. COLLABORATION AVEC LES DIRIGEANTS POLITIQUES ET D'AUTRES SERVICES PUBLICS COMPETENTS EN MATIERE D'E-GOVERNMENT**

Au cours de ces dernières années, des ministres ou des secrétaires d'Etat ayant l'e-government dans leurs attributions ont été désignés dans la plupart des niveaux de pouvoir et des services publics ont été chargés de la coordination des initiatives en matière d'e-government.

Par ailleurs, un accord de coopération en matière d'e-government a été conclu entre l'Etat belge et les Communautés et Régions. Cette évolution implique un certain nombre d'opportunités et de défis pour la Banque Carrefour de la sécurité sociale. En premier lieu, grâce à la mise à disposition de son know-how et de son expérience en matière d'e-government, la Banque Carrefour est en mesure de contribuer à une administration plus effective et plus efficace et à diminuer les charges administratives en général. Par ailleurs, certains services de base, comme par exemple les portails et les services de gestion des utilisateurs, peuvent être développés de façon commune pour les différents niveaux de pouvoir et le secteur social ; ceci diminue le coût total de ces services et en accroît la multifonctionnalité pour les citoyens et les entreprises. Enfin, la possibilité d'une connexion sécurisée du réseau de la sécurité sociale à des réseaux d'échange électronique des données développés aux différents niveaux de pouvoir offre de très grandes perspectives pour de nouvelles initiatives en matière de simplification administrative.

D'autres suggestions en la matière sont développées dans l'article "E-government : the approach of the Belgian federal administration", qui peut être téléchargé sur le site web de Frank Robben (<http://www.law.kuleuven.ac.be/icri/frobben>), dans la rubrique « Publication List ».

### 5.6. VEILLER EN PERMANENCE A CE QUE L'INFORMATISATION DE LA SECURITE SOCIALE NE CAUSE PAS DE DESAVANTAGES AUX ASSURES SOCIAUX

L'honnêteté nous oblige à ne pas seulement décrire les avantages qui découlent pour les assurés sociaux d'une gestion électronique coordonnée des informations au sein de la sécurité sociale. Si certaines mesures appropriées ne sont pas prises, une telle gestion électronique des informations est également susceptible de mener à un certain nombre de désavantages. Aussi est-il de la responsabilité de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et des acteurs du secteur social d'éviter ces désavantages. Les atteintes à la vie privée des assurés sociaux représentent un premier risque. Les mesures de sécurité structurelles, organisationnelles et techniques adoptées au sein de la sécurité sociale pour éviter ce risque sont décrites de manière détaillée sur le site Internet de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Il est toutefois important que toutes les institutions de sécurité sociale accordent une attention permanente à ces mesures et qu'elles veillent tout particulièrement à ce que chaque collaborateur n'ait accès qu'aux seules informations dont il a besoin pour l'exécution des tâches qui lui ont été confiées et que les informations ne soient pas conservées plus longtemps qu'il ne le faut.

En outre, il faut également éviter que la totalité du système devienne obscure pour les assurés sociaux. Etant donné que les informations sont échangées par voie électronique entre les institutions de sécurité sociale et qu'elles sont dès lors de moins en moins demandées directement auprès des assurés sociaux ou de leurs employeurs, les assurés sociaux ne disposent plus d'autant de moments de contrôle pour vérifier l'exactitude des informations traitées. C'est pourquoi, il est essentiel que les institutions de sécurité sociale prêtent une attention toute particulière à l'exécution du devoir d'information et de motivation prévu dans plusieurs réglementations lorsque sont prises des décisions sur la base de données disponibles dans le réseau. L'assuré social doit non seulement pouvoir comprendre sur base de quelles données de fait et de quelle réglementation les décisions ont été prises, mais idéalement il doit également pouvoir connaître la source des données. Il risque sinon de ne plus savoir à qui s'adresser pour corriger des données erronées.

*(Traduction)*

---



## **LISTE DES SIGLES UTILISES**

---

- BCSS : Banque Carrefour de la sécurité sociale (IPSS)
- CIN : Collège intermutualiste national
- CPAS : Centre public d'aide sociale
- DIMONA : Déclaration immédiate à l'emploi
- FAT : Fonds des accidents du travail (IPSS)
- FEDICT : Service public fédéral Technologie de l'information et de la communication (SPF)
- FMP : Fonds des maladies professionnelles (IPSS)
- INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité (IPSS)
- INASTI : Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (IPSS)
- IPSS : Institutions publiques de sécurité sociale
- LATG : Banque de données relative aux salaires et au temps de travail
- NISS : Numéro d'identification de sécurité sociale
- ONAFTS : Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (IPSS)
- ONEM : Office national de l'emploi (IPSS)
- ONSS : Office national de sécurité sociale (IPSS)
- ONSSAPL : Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (IPSS)
- ONP : Office national des pensions (IPSS)
- ONVA : Office national des vacances annuelles (IPSS)
- OSSOM : Office de sécurité sociale d'outre-mer (IPSS)
- Smals-MvM (asbl): asbl gérée par des institutions publiques de sécurité sociale, chargée d'aider ses membres en matière de TIC
- (carte) SAM : Secure Access Method
- (carte) SIS : système d'identification sociale
- SPF : service public fédéral
- UML : Unified Modeling Language
- XML : Extensible Markup Language

## **SITES INTERNET UTILES**

---

Site de la Banque Carrefour de la sécurité sociale : <http://www.bcss.fgov.be>

Portail de la sécurité sociale : <http://www.socialsecurity.be>

Site de Frank Robben : <http://www.law.Kuleuven.ac.be/icri@frobben>

# TABLE DES MATIERES

## LA BANQUE CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE EN 2004

<b>1. INTRODUCTION</b>	147
<b>2. LA MISSION ET LA STRATEGIE DE LA BANQUE CARREFOUR DE LA SECURITE SOCIALE</b>	148
<b>3. LES PRINCIPES DE BASE DU TRAITEMENT DES INFORMATIONS EN TANT QUE MOYEN STRATEGIQUE DE PRODUCTION</b>	149
3.1. MODELISATION DES INFORMATIONS . . . . .	149
3.2. COLLECTE UNIQUE ET REUTILISATION DES INFORMATIONS . . . . .	150
3.3. GESTION DES INFORMATIONS . . . . .	151
3.4. ECHANGE ELECTRONIQUE DES INFORMATIONS. . . . .	151
3.5. PROTECTION DES INFORMATIONS. . . . .	152
<b>4. LES PRINCIPALES REALISATIONS</b>	152
4.1. UN RESEAU D'ECHANGE DE DONNEES . . . . .	153
4.2. LE REPERTOIRE DES REFERENCES . . . . .	154
4.3. L'UTILISATION DE CLES D'IDENTIFICATION UNIQUES . . . . .	154
4.4. L'ACCES AU REGISTRE NATIONAL ET AUX REGISTRES DE LA BCSS . . . . .	155
4.5. LA COLLECTE AUTOMATISEE ET LE STOCKAGE DES DONNEES RELATIVES AUX SALAIRES ET AU TEMPS DE TRAVAIL . . . . .	156
4.6. LE REPERTOIRE DES EMPLOYEURS . . . . .	158
4.7. LA REVISION DU CADASTRE DES PENSIONS . . . . .	159
4.8. L'AUTOMATISATION DES BONS DE COTISATION . . . . .	160
4.9. L'ECHANGE ELECTRONIQUE DES ATTESTATIONS RELATIVES A LA SITUATION EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE . . . . .	160
4.10. LA CARTE D'IDENTITE SOCIALE OU CARTE SIS. . . . .	163
4.11. STATISTIQUES INTEGREES . . . . .	165
4.12. LA DECLARATION IMMEDIATE D'EMPLOI (DIMONA). . . . .	165
4.13. UN ENVIRONNEMENT PORTAIL INTEGRE BASE SUR UNE LOGIQUE D'UTILISATEUR . . . . .	166
4.14. UN CENTRE DE CONTACT DE LA SECURITE SOCIALE . . . . .	168
<b>5. LES PRINCIPAUX DEFIS</b>	169
5.1. L'INTEGRATION AU RESEAU D'AUTRES ACTEURS DU SECTEUR SOCIAL ET D'AUTRES BANQUES DE DONNEES ET LE DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX FLUX DE DONNEES ELECTRONIQUES . . . . .	169

5.2. LA PROMOTION DE L'ECHANGE ELECTRONIQUE DE DONNEES ENTRE ASSURES SOCIAUX ET ENTREPRISES, D'UNE PART, ET ACTEURS DU SECTEUR SOCIAL, D'AUTRE PART	169
5.3. LE DEVELOPPEMENT DE NOUVEAUX TYPES DE SERVICES . . . . .	170
5.4. L'E-WORKSPACE . . . . .	171
5.5. COLLABORATION AVEC LES DIRIGEANTS POLITIQUES ET D'AUTRES SERVICES PUBLICS COMPETENTS EN MATIERE D'E-GOVERNMENT . . . . .	172
5.6. VEILLER EN PERMANENCE A CE QUE L'INFORMATISATION DE LA SECURITE SOCIALE NE CAUSE PAS DE DESAVANTAGES AUX ASSURES SOCIAUX . . . . .	173
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b>	<b>174</b>
<b>SITES INTERNET UTILES</b>	<b>174</b>

# DE NOS UNIVERSITES : TRAVAUX DE FIN D'ETUDES

**EMPLOI CONVENABLE VERSUS ETAT SOCIAL ACTIF : ANALYSE  
REGLEMENTAIRE ET JURISPRUDENTIELLE**

---

179 |

# EMPLOI CONVENABLE VERSUS ETAT SOCIAL ACTIF : ANALYSE REGLEMENTAIRE ET JURISPRUDENTIELLE 1970-2003

PAR **KATIA DE LOOSE**

## 1. INTRODUCTION

---

La notion « d'Etat social actif » se trouve actuellement au centre de tous les débats. Centré avec une priorité absolue sur l'emploi à tout prix, il est souvent présenté comme une des plus grandes innovations de notre siècle. Il est, même, considéré comme la meilleure réponse au chômage massif qui caractérise notre société et met en péril son équilibre financier et apparaît dès lors comme une complète redéfinition du pacte social d'après guerre.

Cette nouvelle politique sociale est la réponse, semble-t-il, à toutes les mutations sociales en cours dans notre société. Nous assistons, en effet, à la détérioration du rapport actifs/inactifs, au vieillissement de la population, à un faible taux de natalité et à l'entrée tardive des jeunes sur le marché suite à l'allongement des études, le tout couplé à une sortie anticipée des travailleurs plus âgés par des mécanismes de pré-pensions. Le taux de dépendance se réduit, actuellement, à un actif pour un allocataire. Citons d'autres phénomènes caractéristiques comme la féminisation du marché, la multiplication de statuts atypiques, une plus grande individualisation des prestations sociales, la mutation des structures familiales, la mondialisation et l'internationalisation. Voici quelques circonstances qui ont conduit notre gouvernement antérieur, le gouvernement Arc-en-ciel, à entreprendre concrètement l'activation des allocations sociales et l'activation de la catégorie d'inactifs de notre communauté.

L'Etat social actif est souvent présenté comme la solution à tous les maux de cette fin de siècle, qui mettent gravement en péril le maintien des richesses de notre pays et de notre système de protection sociale. Si la nécessité de l'Etat social actif n'est pas contestée, il nous est cependant légitime de craindre qu'avec une finalité de l'emploi à tout prix, quelques privilèges ne finissent par disparaître. Constatant qu'il fonctionne au moyen d'objectifs quantifiés européens (1), il nous semble légitime

---

(1) En 2000, lors du sommet de Lisbonne, un objectif chiffré de taux d'emploi est fixé. Il se doit d'atteindre 70% de l'ensemble de la population d'âge actif pour 2010, G. Matagne, De l'Etat social actif à la politique belge de l'emploi, *CH. CRISP*, n° 1737-1738, 2001, p. 36.

d'appréhender une possible dérive et de craindre la mise en place d'une société ayant comme seuls mots d'ordre, travail, travail, et encore travail. Une société qui se soucie de moins en moins de la qualité de l'emploi proposé, ou encore de son caractère convenable.

Notre travail comporte deux parties. Après avoir analysé brièvement, dans une première partie, la notion même de l'Etat social actif, la deuxième partie de notre travail se focalise sur l'étude de la notion juridique d'emploi convenable. Nous y procédons à une analyse détaillée de cette notion tant dans sa dynamique réglementaire que jurisprudentielle. Nous tâchons par la suite d'épingler les différentes évolutions qu'a connu cette notion au cours des trente dernières années, elles-mêmes caractérisées par le passage d'un Etat Providence à un Etat Providence actif.

Deux hypothèses traversent cette analyse. La première hypothèse consiste à examiner la notion juridique de l'emploi convenable et plus précisément à voir si elle n'a pas subi un quelconque changement que ce soit tant dans la réglementation du chômage qu'au niveau de la jurisprudence, ceci afin de déterminer avec précision le risque, qu'au nom de l'Etat social actif, tout emploi, parce qu'il est un emploi, soit considéré comme convenable. Une deuxième hypothèse évoque, quant à elle, la possibilité d'un élargissement de la conception du travail au bénéfice d'une société dite de la pleine participation.

Nous terminerons cette étude en présentant une alternative à la politique d'activation, une nouvelle piste tirée des enseignements de la théorie des capacités d'Amartya sen.

Cet article ne faisant que reproduire les grandes lignes d'un travail universitaire (2), il nous est dès lors impossible de développer tous les points qui ont été abordés dans le travail original. Nous nous concentrerons sur une brève analyse de la notion d'Etat social actif et donneront un compte rendu des différents enseignements résultant de l'analyse réglementaire et jurisprudentielle de la notion juridique d'emploi convenable de ces trente dernières années, caractérisées par une volonté politique visant à activer la population.

## **1. L'ETAT SOCIAL ACTIF**

---

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la Belgique concrétise par un célèbre arrêté-loi (3) un système de sécurité sociale qui se verra confié à la co-gestion des partenaires sociaux. Depuis ce jour jusqu'au milieu des années 1970, la Belgique a vécu sous le régime de ce que l'on appelle l'Etat providence. Les années 70, et plus

---

(2) Voir site web : <http://www.socialezekerheid.fgov.be/bib/index.htm>

(3) Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, M.B., 30 décembre 1944.

précisément le choc pétrolier de 1973, marque le changement. L'équilibre financier de la sécurité sociale est gravement et durablement rompu, le rapport entre actifs/inactifs se creuse un peu plus chaque jour, malgré l'entrée des femmes sur le marché de l'emploi. Des réformes de l'Etat social s'opèrent et laissent place à ce qu'on appellera « L'Etat social actif » ou encore « L'Etat Providence actif ». L'Europe de même, confirmera, tardivement certes, le passage nécessaire d'un Etat providence à un Etat social actif.

La notion « d'Etat social actif » se trouve désormais sur toutes les lèvres, au centre de tous les débats nationaux et internationaux et est souvent présenté comme la plus grande des innovations sociales de cette fin de siècle. Mais, à vrai dire, le concept est loin d'être neuf. La nouveauté se situe d'avantage dans l'importance qu'ont décidé d'accorder les différents gouvernements. En Belgique, la coalition arc-en-ciel, sortie des urnes le 13 juin 1999, abordera explicitement, dans sa déclaration gouvernementale, prononcée le 14 juillet 1999 devant le Parlement, le thème de l'Etat social actif. La Déclaration le présente comme « un projet qui vise à rompre avec le passé tant au niveau de la forme que du contenu (4) ». Les Déclarations du 12 octobre 1999 et du 17 octobre 2000 se consacrent à la nécessité urgente d'augmenter le taux d'emploi (5). L'activation des allocations est la piste choisie afin d'atteindre cet objectif de plein emploi. En conclusion, la référence explicite de la coalition arc-en-ciel à l'Etat social actif marque de manière significative la rupture avec notre système social d'après-guerre.

Tâchons à présent de définir le concept même « d'Etat social actif ». Le ministre Frank Vandenbroucke le définit comme « un Etat social 'actif entreprenant' qui vise une 'société de personnes actives' sans renoncer à l'ancienne ambition de l'Etat social, c'est-à-dire une protection sociale adéquate » (6). « L'Etat social actif entreprenant est proactif, il investit dans les personnes, il travaille sur mesure et il donne d'avantage de responsabilités à tous les acteurs. Par conséquent, l'Etat social actif est un Etat de personnes actives qui se fixe pour objectif la participation active de tous et la protection sociale (7) ».

Partant de cette définition, il nous est possible de déduire les caractéristiques essentielles de cette nouvelle politique sociale. Premièrement, l'adjectif « actif » renvoie à la volonté de l'Etat de permettre à un plus grand nombre de jouer un rôle actif et utile dans la société. L'activation des allocations sociales implique, à son tour, la transformation de l'indemnisation dite « passive » en une intervention active ou dite positive sur le marché du travail (8). Les politiques dites passives, sous-entendue

(4) G. Matagne, *op.cit.*, 2001, p. 45.

(5) G. Matagne, *op.cit.*, 2001, pp. 47-49.

(6) F. Vandenbroucke, Exposé Den Uyl (l'Etat social actif), Discours du 13 décembre, [www.vandenbroucke.fgov.be](http://www.vandenbroucke.fgov.be), 1999, p. 2.

(7) F. Vandenbroucke, *ibidem*, p. 3.

(8) M. Bodart, L'activation et les mesures d'aide à l'emploi, *L'activation des allocations sociales*, 2000, p. 11.

l'indemnisation, se trouvent dès lors opposées aux politiques actives, sous entendues les mesures de résorptions. Les politiques d'activation se développeront selon deux axes principaux, premièrement par un transfert financier des dépenses passives vers des dépenses actives (9) et, deuxièmement, par une activation des chômeurs.

En ce qui concerne l'activation des chômeurs, les Etats membres combinent des mesures basées, d'une part, sur des incitants et, d'autre part, sur des sanctions. Cette réalité se trouve souvent illustrée par l'expression suivante : « Il n'y a pas de droits sans devoirs ». Désormais, ce qui était auparavant un droit qui impliquait des devoirs, est désormais un droit précédé et conditionné par des devoirs. En effet, autrefois, le revenu de remplacement était un droit qui impliquait des devoirs, telle par exemple la disponibilité du chômeur à accepter un emploi convenable. A présent, le devoir précède et conditionne de plus en plus l'accès au droit d'un revenu. Le principe selon lequel « il n'y a pas de droits sans obligations » n'a jamais été aussi explicite (10).

L'augmentation des personnes actives dans la société passera de même par la volonté de rendre le travail plus attractif afin d'éviter que le filet de protection sociale ne constitue un véritable piège à l'emploi et n'enlise le chômeur dans sa situation en le décourageant de chercher activement sur le marché de l'emploi. On parle de « piège à l'emploi » ou encore « trappe de chômage » lorsque la différence entre l'indemnisation auquel le chômeur a droit et le salaire de l'emploi proposé est trop faible (11). Cette approche est aussi connue sous l'expression américaine « Making work pay ! (12) ». La Déclaration gouvernementale fait état de cette préoccupation en prescrivant une réforme fiscale afin de diminuer la pression fiscale sur les revenus du travail, couplée à une augmentation du revenu minimum imposable afin de lutter contre les pièges à l'emploi (13).

En outre, la responsabilité des membres de la société à l'égard de leur situation est de plus en plus épinglée. Ils sont tenus responsables de leur situation ainsi que du maintien de leur employabilité.

L'employabilité est devenue un des moyens essentiels pour la lutte contre le chômage et l'exclusion sociale. La Commission fait de l'employabilité un des quatre domaines d'actions prioritaires. En outre, lors du sommet « Emploi » de Luxembourg, l'employabilité a été érigée en tant que premier pilier de la stratégie européenne et se

(9) J. Ouziel, Les politiques actives sur le marché du travail, *L'activation des allocations sociales*, 2000, p. 75 et p. 78 : en Belgique, les dépenses actives sont passées de 28% en 1985 à 35% en 1996 et au niveau de L'Union européenne, elles sont passées de 32% à 35%.

(10) M. Alaluf, verbos « Etat Providence actif », in Dictionnaire du prêt à penser, *EVO*, 2000, p. 41.

(11) M. Alaluf, verbos, « Emploi précaire et chômage actif », in Dictionnaire du prêt à penser, *EVO*, 2000, p. 82.

(12) T. Hachez, Etat social actif. Rosetta va à Lisbonne, *la Revue Nouvelle*, 2000.

(13) G. Matagne, *op. cit.*, 2001, pp. 45-49.



traduit en français par « la capacité d'insertion professionnelle », définie « comme l'aptitude à occuper un emploi (14) ». Le concept d'employabilité est aussi défini comme « la capacité relative d'un individu à obtenir un emploi compte tenu de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et le marché du travail (15) ». Les politiques d'employabilité ont dès lors comme objectif « d'ajuster les capacités des individus aux évolutions du marché pour que ceux-ci puissent, le moment venu, y répondre le mieux possible (16) ».

Personne ne conteste la nécessité d'un Etat providence actif. Par contre, l'insistance unilatérale sur le travail rémunéré, salarié, considéré uniquement dans sa définition économique a été largement contesté. Le salariat est présenté comme le facteur d'intégration sociale par excellence permettant ainsi de vaincre la pauvreté, l'exclusion sociale et d'engendrer d'avantage de cohésion sociale (17). La question de savoir si l'Etat social actif fait bien de reposer tous ses espoirs sur le travail rémunéré se trouve dorénavant au centre de tous les débats et cette question fera bien sûr l'objet d'un développement plus large au cours de cet exposé, notamment lors de l'examen de la deuxième hypothèse de ce travail soulignant un possible élargissement du travail à la sphère de ce qu'on appelle le « non travail », sous-entendus, les activités socialement utiles pour la communauté (18).

La volonté est claire, il faut préserver les protections sociales existantes, et ceci, dans un contexte économique peu favorable avec une ressource de plus en plus rare, l'emploi. Afin de maintenir une protection sociale décente et adéquate, il faut impérativement augmenter le taux d'emploi ou encore le taux d'activité. Le nouveau projet se caractérise dès lors, logiquement, par une nouvelle approche basée sur une politique proactive n'assurant plus uniquement la redistribution des revenus mais participant à une véritable politique sociale. Et ce, en vue d'augmenter les possibilités de participations sociales de façon à accroître ainsi le nombre de personnes actives dans la société. Le projet met donc principalement l'accent sur le terme « activation ».

La volonté de l'Etat social actif de préserver notre protection sociale est bien sûr partagée par tous et nous sommes tous bien évidemment conscients de la nécessité d'une meilleure affectation des dépenses publiques. L'adaptation des revenus publics en mesures favorisant le retour à l'emploi, au lieu de mesures se bornant à

(14) I. Chabbert et N. Kerschen, Vers un modèle européen d'assurance d'employabilité?, *L'employabilité : de la théorie à la pratique*, 2001, p. 117.

(15) X., Perspectives, *L'employabilité de la théorie à la pratique*, 2001, p. 239.

(16) P. Bollerot, Deux acteurs de l'employabilité : l'employeur et le salarié, *L'employabilité : de la théorie à la pratique*, 2001, p. 101.

(17) B. Cantillon, De l'Etat-providence actif à l'Etat-providence pluriactif : les instruments d'une politique, *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome XL, n° 1-2, 20001, p. 197.

(18) Fondation Roi Baudouin, *Travail et non travail. Vers la pleine participation*, 2000, p.15.

indemniser les chômeurs (19), est légitime. Il est, en effet, de plus en plus urgent de gérer le mieux possible des budgets de plus en plus lourds et de moins en moins bien tolérés par les contribuables. Personne ne le conteste.

Néanmoins, on peut s'interroger sur la qualité des futurs emplois qui seront proposés aux demandeurs d'emploi. La précarité de ces emplois ne risque-t-elle pas d'être couverte par la sanction sévère attachée au refus de celui-ci, notamment l'exclusion temporaire et même définitive du bénéfice des allocations de chômage ? Est-ce qu'une telle insistance sur l'activation ne risque-t-elle pas d'engendrer l'émergence d'un marché secondaire du travail caractérisé par une plus grande précarité ? Cette « précarisation du marché du travail peut prendre plusieurs formes : le recours fréquent aux contrats à durée déterminée, au travail intérimaire, au travail en équipe et au travail de nuit régulier, au travail à domicile ou encore l'extension à la sous-traitance ». Un contexte caractérisé par le chômage favorise bien évidemment la prolifération d'emplois précaires ou d'emplois à statuts atypiques au sens où il contraint les travailleurs moins qualifiés à recourir en premier lieu à de telles formes d'emplois (20). Même les travailleurs plus qualifiés seront à leur tour désavantagés en se voyant contraints d'accepter des emplois exigeant un niveau de compétence inférieur, évinçant ainsi les travailleurs moins qualifiés pour des postes qui relèveraient normalement de leur compétence. Un véritable jeu de chaise musicale s'opère. C'est la consécration du principe « qui peut le plus peut le moins (21) ». Les employeurs bénéficient dès lors d'un échantillon important de candidats et choisiront le plus qualifié et ceci quelque soit le poste à pourvoir. « Au total, les mieux lotis chassent les moins bien lotis dans la course de l'emploi (22) ».

Les conséquences des politiques actives sur la qualité de l'emploi seront examinées par le biais du prisme de la notion « d'emploi convenable ». Nous examinerons l'évolution du contenu de cette notion ainsi que l'évolution jurisprudentielle qui s'y rattache parallèlement aux nouveaux axes défendus par notre politique sociale actuelle. L'analyse portera essentiellement sur l'influence de la mise en œuvre des politiques d'activation sur le contenu juridique de cette notion. Nous tâcherons de répondre à la question suivante; la garantie juridique de pouvoir refuser un emploi non convenable, a-t-elle encore un sens aujourd'hui ou succombe-t-elle au leitmotiv de notre société « de l'emploi, de l'emploi et encore de l'emploi » !

(19) B. Gazier, L'employabilité : la complexité d'une notion, *L'employabilité : de la théorie à la pratique*, 2001, p. 19.

(20) M. Alaluf, La précarisation du marché du travail, *B.F.A.R.*, n° 185, 1990, p. 23.

(21) D. Clerc, *Condamnés au chômage? Travail et emploi : Faux débats et vraies questions*, 1999, p. 31.

(22) D. Clerc, *ibidem*, 1999, p. 32.

## 2. LA NOTION D'EMPLOI CONVENABLE

Après avoir examiné les nouveaux enjeux sociaux qui sous-tendent la notion d'Etat social actif, il nous a semblé intéressant de nous attarder plus particulièrement sur la notion d'emploi convenable et de tâcher d'examiner si cette notion n'aurait pas subi au cours de ces dernières années de multiples modifications réglementaires ou jurisprudentielles volant au secours d'une nouvelle politique gouvernementale d'activation. Un emploi ne risque-t-il pas d'être considéré plus facilement comme convenable? Existe-t-il un risque que l'objectif quantifié devienne la seule mesure? Afin de répondre à ces questions, nous allons examiner d'une part les modifications apportées à l'arrêté royal du 20 décembre 1963 relatif à l'emploi et au chômage (23) par l'arrêté royal du 25 novembre 1991 (24) et, d'autre part, l'évolution dans la jurisprudence qui porte sur cette notion, en partant des années 1970 et ceci, jusqu'aux années 2003, en ayant un oeil particulièrement attentif à la jurisprudence des années 90. Cette double démarche nous permettra ainsi d'observer tant l'attitude du législateur que l'attitude des juridictions du travail par rapport aux évolutions politiques et au nouvel objectif quantifié européen. En d'autres mots, elle nous permettra de savoir si le législateur et/ou le juge viennent au chevet des politiques actives ou s'ils font, au contraire, front à celles-ci afin de maintenir un niveau de protection adéquat quant à l'emploi offert aux demandeurs d'emplois.

La première hypothèse ainsi examinée, une seconde hypothèse, aux antipodes de la première, s'offre à nous et fera dès lors l'objet d'un examen succinct. Il s'agit, cette fois-ci, d'examiner si l'Etat social actif ne permettrait pas, au contraire, d'élargir la notion d'emploi convenable à toute activité socialement utile pour la communauté. La volonté d'accroître le taux d'activité se traduirait non seulement par la prise en compte de la participation au « travail » mais aussi de la participation aux activités qui se situent hors de la sphère du travail proprement dite et contribuent très largement à la cohésion sociale et à l'épanouissement personnel. Ces activités seront qualifiées de « non-travail » (25).

### 2.1. LA NOTION D'EMPLOI CONVENABLE EN DROIT BELGE

L'article 44 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 dispose : « pour pouvoir bénéficier d'allocations, le chômeur doit être privé de travail et de rémunération par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». Cette disposition énonce la condition d'octroi générale des allocations de chômage applicable dans notre système d'assurance chômage. Elle réaffirme ainsi le principe de base, propre à notre système assurantiel, établi par l'article 7 de l'arrêté-loi de guerre de 1944 (26) selon

(23) Arrêté du 20 décembre 1963 relatif à l'emploi et au chômage, M.B., 18 janvier 1964.

(24) Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, M.B., 31 décembre 1991.

(25) Fondation Roi Baudouin, *Travail et non-travail. Vers la pleine participation*, 2000.

(26) Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, M.B., 30 décembre 1944.

lequel seul le chômage involontaire est indemnisé par l'assurance chômage. L'arrêté royal définit en son article 51 §1 ce qu'il faut entendre par « chômage par suite de circonstances dépendant de la volonté du travailleur ». « Le travailleur qui est ou devient chômeur par suite de circonstances dépendant de sa volonté peut être exclu du bénéfice des allocations conformément aux dispositions des articles 52 à 54 (27) ». Cependant n'est pas chômeur volontaire, le travailleur qui abandonne ou refuse un emploi non convenable. L'appréciation de l'abandon et du refus d'un travail se fera dès lors à la lumière des critères de l'emploi convenable. Ces derniers seront déterminés par le Ministre, ajoute l'article 51 §2.

L'article 22 et suivants de l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 (28) énumère une liste de critères d'appréciation de l'emploi convenable. Il ajoute, « le caractère convenable d'un emploi s'apprécie *notamment* selon les critères fixés ci-après », prévoit l'article 22. La Cour de cassation (29) avait déjà affirmé la règle selon laquelle, « les critères de l'emploi convenable constituent des éléments d'appréciation qui lient le juge pour autant que le litige à trancher tombe dans leur champ d'application et qu'il était donc loisible au juge de retenir, pour l'appréciation de la légalité du motif de l'abandon de travail, d'autres éléments que ces critères ». Sur ce point le législateur s'est donc finalement rallié à la jurisprudence correspondante. L'arrêté ministériel ne fait donc que confirmer, par le biais de son article 22, un principe déjà communément admis par la jurisprudence antérieure.

Lors de notre recherche, nous avons commencé, premièrement, par développer les critères de l'emploi convenable tels qu'ils sont définis par l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 et nous avons ensuite examiné, dans un deuxième temps, les critères non réglementaires pouvant être pris en considération lors de l'examen du caractère convenable d'un emploi déterminé. Les critères réglementaires et les critères non réglementaires ont été étudié selon une triple classification, premièrement les critères internes au travailleur, ensuite les critères liés au statut de l'emploi et de ses attentes légitimes et enfin, les critères liés à la conjugaison possible entre vie privée et vie familiale du travailleur. De multiples renvois aux critères retenus par l'ancien arrêté ministériel du 4 juin 1964 (30) ont été fait afin de bien comprendre les changements qui ont secoué notre réglementation du chômage et plus particulièrement, la notion d'emploi convenable. Cette démarche nous a permis de mieux comprendre les évolutions, s'il y en a, de la jurisprudence qui s'y rattache. Cette jurisprudence est énoncée sous chacun des critères examinés, réglementaires ou non réglementaires, et ceci afin de mettre précisément en évidence si au cours de ces dernières années, un durcissement, tant du législateur que des juridictions de travail, s'est

(27) Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, M.B., 31 décembre 1991, art. 51 §1.

(28) Arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage, M.B., 25 janvier 1992.

(29) Cass., 30 janvier 1984, *J.T.T.*, 1986, p. 35.

(30) Arrêté ministériel du 4 juin 1964 relatif au chômage, M.B., 6 juin 1964.

opéré à l'égard des différents critères de l'emploi convenable en ce sens que les emplois actuels seraient plus facilement considérés comme convenables. Nous suivrons, en outre, la même démarche quant aux sanctions applicables en cas de refus d'emploi convenable de manière à vérifier le degré de sévérité de la sanction apporté à un refus d'emploi convenable conformément à l'article 52 bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 (31).

### 2.1.1. Les critères réglementaires : les critères de l'emploi convenable selon l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991

Nous avons classé dans une première catégorie de critères, à savoir les *critères internes au travailleur*, les quatre critères suivants, chacun faisant bien évidemment l'objet d'un examen approfondi : les études et profession habituelle (article 23), les artistes (article 31), le refus ou l'abandon en raison d'une inaptitude physique ou mentale (article 33) et, enfin, le statut d'objecteur de conscience (article 28). Les *critères liés au statut de l'emploi et de ses attentes légitimes* constituent la deuxième catégorie comprennent cinq critères : la rémunération (article 24, 1° et 2°, article 26), le respect des dispositions légales et réglementaires par l'employeur (article 24, 2°), l'assujettissement à la sécurité sociale (article 24, 3°), la reprise d'un autre emploi (article 32, 2°) ainsi que le travail frontalier (article 30).

Notre troisième catégorie de critères comprend les *critères liés à la conjugaison possible de la vie professionnelle, privée et familiale du travailleur* comprenant : l'absence du lieu de travail (article 25), la durée d'un emploi à temps partiel (article 27), le régime hebdomadaire du travail (article 22, alinéa 2), le travail de nuit (article 29), les considérations d'ordre familial (article 32, 1°) et l'opposition des parents (article 32, 3°).

De peur de résumer à l'excès le régime réglementaire et jurisprudentiel applicable à chacun de ces quinze critères réglementaires contenu dans l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991 (32), nous vous invitons à prendre connaissance de l'analyse détaillée dont chacun des critères a fait individuellement l'objet dans l'étude originale. Nous nous contenterons dans cet article de vous faire part des conclusions que l'on a pu tirer d'une telle analyse des critères réglementaires de l'emploi convenable.

Différents constats peuvent découler de l'analyse des critères réglementaires de l'emploi convenable. Leur classification en trois grands critères nous permet de tirer des conclusions intéressantes quant à leur évolution dans l'appréciation de la notion d'emploi convenable.

(31) Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, M.B., 31 décembre 1991, art. 52 bis.

(32) Arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage, M.B., 25 janvier 1992.

Le premier constat porte sur la nette amélioration des deux premiers critères, c'est à dire les critères internes au travailleur et les critères liés au statut de l'emploi et de ses attentes légitimes.

Seule la sévérité à l'égard des jeunes travailleurs est à regretter. La réglementation du chômage a décidé, en 1979, d'abaisser l'adéquation entre l'emploi offert et le parcours académique, et par conséquent, les aspirations individuelles des étudiants arrivant sur le marché du travail. Cette mesure s'explique aisément par une volonté croissante de notre Etat à abaisser le taux de chômage particulièrement élevé parmi la catégorie des jeunes travailleurs.

Les autres critères relatifs à la notion d'emploi convenable de ces deux premières classifications n'ont régulièrement vu leur réglementation s'améliorer au fil du temps, et ce, que ce soit au niveau du délai minimal de six mois de protection offert au chômeur, quelle que soit sa qualification, ou qu'il s'agisse de l'élaboration d'un meilleur statut pour les artistes ou encore d'un montant minimal de rémunération afin d'éviter que le travail n'appauvrisse le travailleur, et, enfin de ne pas accepter un emploi comme convenable si il ne donne pas lieu à l'assujettissement à la sécurité sociale. En conclusion, nous pouvons souligner que la réglementation du chômage de ces dernières années, accompagnée de l'application jurisprudentielle, n'a fait qu'augmenter et améliorer les exigences auxquelles se doit de répondre un emploi convenable. Le respect des critères internes au travailleur ainsi que des critères liés au statut et aux attentes légitimes de l'emploi ne s'est pas vu vider de son contenu, que du contraire.

Si l'on examine les critères qui ont trait à la conciliation entre travail, vie privée et vie familiale, l'évolution est notable. Celle-ci ne traduit, néanmoins, aucun renforcement de la réglementation de l'emploi convenable mais, seulement, une uniformisation du régime applicable entre hommes et femmes. L'évolution des critères concernant la délicate question du maintien de la vie familiale à côté d'une vie professionnelle a, en quelque, sorte intégré le principe de non discrimination. On a constaté, en effet, l'extension de l'article 25, §5 aux hommes ainsi que l'application d'un régime unique de dérogation au travail de nuit. Quant au problème de garde des enfants, les juridictions ont finalement commencé à considérer qu'un empêchement grave puisse aussi exister dans le chef du père de famille. Les modifications du régime applicable peuvent dès lors être ramenées à une même volonté d'appliquer un régime similaire et non discriminatoire tant à l'égard des hommes que des femmes.

En conclusion, mise à part la réglementation applicable aux jeunes travailleurs, la notion d'emploi convenable s'est étendue favorablement aux demandeurs d'emploi. Il convient, par ailleurs, de constater à quel point la jurisprudence fait corps avec la réglementation. De fait, elles parlent d'une seule et même voix. Agissant comme tels, le législateur et le juge se placent aux antipodes du débat politique actuel. Il est frappant de constater l'écart qui existe entre, d'une part, celui qui fait les lois et celui qui les applique et, d'autre part, les innombrables débats politiques et propagandes électorales qui entourent actuellement la mise en place d'un Etat social actif. Les risques de dérive bien connus de l'Etat social actif semblent canalisés par la

volonté du législateur et des juridictions de travail de maintenir une certaine qualité de l'emploi et de ne pas souscrire à l'idéologie selon laquelle tout emploi est un emploi parce qu'il est un emploi.

### 2.1.2. Les critères non réglementaires : les critères qui n'ont pas été repris par l'arrêté ministériel du 26 novembre 1991

Aux côtés de ces critères réglementaires, non exhaustifs, il en existe encore de multiples autres critères qui pourront être pris en considération soit par l'Office National de l'Emploi soit par les juridictions du travail. La jurisprudence a en effet admis que l'énumération des critères de l'emploi convenable n'est pas limitative (33) et, depuis 1991, l'arrêté ministériel a fait de même (34). Deux catégories de critères de l'emploi convenable sont retenues en fonction de leur auteur : les critères retenus par l'Onem, et les critères retenus par les juridictions du travail. L'Onem, retient essentiellement : la durée de l'emploi (contrat à durée déterminée, indéterminée ou intérimaire), la conformité avec la qualification professionnelle (sur base notamment des diplômes), la nature du contrat de travail (ordinaire ou programme de remise au travail), les convictions religieuses, philosophiques ou politiques et enfin, les connaissances linguistiques. Si l'Onem reste, néanmoins, d'avis que l'emploi est convenable, rien n'empêche qu'elle tienne compte de ces éléments afin d'alléger la sanction prévue en cas de refus ou d'abandon d'un emploi convenable (35). La jurisprudence consacre, en outre, d'autres critères tels que les motifs religieux, politiques, philosophiques ou encore écologiques, la modification unilatérale des conditions de travail, les problèmes d'ordre linguistique, le harcèlement moral, des motifs médicaux telle la fumée du tabac, l'absence lors de la convocation du service de placement, la stabilité d'emploi, des motifs d'ordre moral telle la dignité du travailleur, les horaires de travail, les vacances, la participation à des formations professionnelles, les activités socioculturelles, ....

Les critères qui n'ont pas été repris par l'arrêté ministériel de 1991 continuent à régir en raison de leur « récupération » par la jurisprudence ou encore par la pratique administrative. Ces critères sont au nombre de trois. L'emploi comportant l'obligation de loger sur place tel que défini par l'ancien article 43 de l'arrêté ministériel du 4 juin 1964 ne fait plus l'objet d'une réglementation particulière. L'ancien article 44 concernant l'outillage et les vêtements spéciaux ainsi que l'article 45 concernant la moralité n'ont pas été repris dans notre arrêté ministériel en raison de leur rareté d'application. Ceci dit, la jurisprudence portant sur ces trois matières reste d'application comme montré dans l'étude originale. Un dernier critère concerne le suivi de cours du soir. L'ancienne réglementation considérait la fréquentation de cours du

(33) Cass. (3ème ch.), 30 janvier 1980, *J.T.T.*, 1986, p. 35.

(34) Arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant des modalités d'application de la réglementation du chômage, M.B., 25 janvier 1992, art. 22.

(35) J. Put, *Praktijkboek sociale zekerheid 1999 voor de onderneming en de sociale adviseur*, 1999, p. 378, *Instr.O.N.Em.*, 051. D. 01, p. 23.

soir qui ne concourent pas au maintien ou au développement de la qualification professionnelle ou au reclassement professionnel comme un élément qui n'entre pas en ligne de compte quant à l'appréciation du caractère convenable d'un emploi (36). Actuellement, la fréquentation des cours du soir n'a pas été reprise par l'arrêté ministériel de 1991, cependant, la jurisprudence a continué à appliquer la règle telle qu'elle était décrite par l'ancien article 46, 2°.

L'absence de mention explicite de ces critères dans la réglementation n'est cependant pas sans danger. Plusieurs auteurs ont soulevé le risque d'arbitraire ou encore de discrimination de cette situation (37). Il est sur ce point intéressant de rappeler les raisons de la modification de l'arrêté royal du 20 décembre 1963. Deux objectifs sous-tendent l'arrêté royal du 25 novembre 1991. Le premier est de codifier et de regrouper en un seul texte toute la réglementation propre au chômage, en éliminant en même temps toutes les dispositions qui relèvent désormais des compétences des Communautés et Régions. Il fallait dès lors tenir compte des adaptations nécessaires par la scission de l'Onem. On en a profité pour accorder la réglementation à la pratique administrative. Un trop grand écart se forgeait depuis quelques années. Ce genre d'écart est réputé on le sait dangereux. Une trop grande différence entre la règle et la pratique peut entraîner le risque d'arbitraire et de discrimination de la part des offices chargés des chômeurs. La protection des chômeurs et du caractère convenable des emplois offerts pouvait dès lors être mis à rude épreuve. La question est bien sûr de savoir si les juridictions du travail se sont alignées avec la sévérité de la pratique administrative ou si elles ont, au contraire, continué à protéger le chômeur en participant à la survie de la notion d'emploi convenable.

Dans notre première catégorie *des critères internes au travailleur* nous avons classé les critères suivants : les considérations d'ordre religieux, les considérations d'ordre politique, philosophique, éthique et écologique, les connaissances linguistiques, la fréquentation de cours du soir, la tenue vestimentaire, l'incompatibilité d'humeur, les considérations d'ordre moral, la dignité du travailleur, la détresse morale et financière du travailleur, et enfin, les déclarations et comportement du travailleur devant l'employeur.

Une deuxième catégorie, propre aux *critères liés au statut de l'emploi et de ses attentes légitimes*, comprend la modification d'une condition essentielle, la stabilité de l'emploi, le harcèlement moral et sexuel, les avantages acquis, outillage et vêtements spéciaux.

La troisième catégorie des critères non réglementaires comprend, à son tour, les *critères liés à la conjugaison possible de la vie professionnelle, privée et familiale du travailleur* : les vacances, le séjour à l'étranger et les activités socioculturelles.

(36) Arrêté ministériel du 4 juin 1964 relatif au chômage, M.B., 6 juin 1964, art.46, 2°.

(37) B. Graulich et P. Palsterman, *Les droits et les obligations du chômeur dans le nouveau code du chômage*, 1993, p. 103; J. Van Langendonck, *Het nieuwe Werkloosheidswetboek, een evaluatie*, *Chr.D.S.*, 1992, pp. 236-237; J. Put, *Naar een nieuwe definitie van het begrip onvrijwillige werkloosheid?*, *Chr.D.S.*, 1992, p. 244.



Quelles sont à présent les conclusions que nous pouvons tirer de l'examen jurisprudentiel des critères non réglementaires de l'emploi convenable de ces trente dernières années ?

Deux remarques nous semblent essentielles. Premièrement, l'augmentation des critères internes au travailleur est hautement significative. La jurisprudence prend de plus en plus en compte le travailleur dans toutes ses dimensions. L'homme n'est plus seulement un homme voué au travail, il est aussi un homme de convictions, qu'elles soient religieuses, philosophiques, politiques, éthiques ou écologiques, un homme de langage, un homme d'études et de formations, un homme d'apparence, un homme d'humeur, un homme social, un homme moral, un homme digne, un homme susceptible de détresse morale et financière. Les juridictions du travail consacrent dès lors une conception de l'homme plus étendue, une prise en compte de toutes les facettes de sa personnalité, et ceci, même dans le domaine étroit du travail.

Une deuxième constatation intéressante à formuler concerne la conciliation entre travail, vie privée et vie familiale. Peu d'innovations jurisprudentielles ont eu lieu en cette matière ces trente dernières années. Ce vide est assez étonnant dans une société où une des priorités gouvernementales est d'améliorer la conciliation entre la vie privée, d'une part, et la vie professionnelle, d'autre part. Monsieur Jean Jacqmain soulignait déjà en 1993, "qu'il reste à espérer pour la "conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale", à laquelle le précédent gouvernement disait attacher le plus grand intérêt, que les efforts de développement des équipements collectifs de garde d'enfants, prévus par l'accord interprofessionnel 1993-1994, produisent des résultats miraculeux (38)". Nous constatons néanmoins que ce miracle ne s'est pas réalisé au sein des chambres juridictionnelles.

### 2.1.3. Les sanctions

Le travailleur qui est, ou devient, chômeur par suite de circonstances dépendant de sa volonté peut être exclu du bénéfice des allocations conformément aux dispositions des articles 52 à 54, prévoit l'article 51 §1. Le refus ou l'abandon d'un emploi convenable peut mener à des sanctions. Après avoir examiné les critères de l'emploi convenable et l'influence de la nouvelle conjoncture politique sur leur interprétation, il est légitime d'analyser si un quelconque durcissement au niveau des sanctions ne se serait toutefois pas opéré ?

Il est notable que les sanctions ont été profondément modifiées et se sont renforcées de manière significative. En principe, la sanction pour refus ou abandon d'emploi convenable est frappée de 4 semaines au moins et 52 semaines, au plus, d'exclusion du bénéfice d'allocations de chômage (39). Auparavant, l'arrêté royal du

(38) J. Jacqmain, Est-il convenable de travailler la nuit ?, *Chr.D.S.*, 1993, note sous Cour trav. Liège (5ème ch.), 8 janvier 1993, p. 266.

(39) Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, M.B., 31 décembre 1991, art. 52 bis.

20 décembre 1963, prévoyait une sanction de 4 semaines au moins à 13 semaines au plus (40). Par ailleurs, la récidive, elle aussi, se trouve être plus sévèrement sanctionnée. Nous sommes passés d'une exclusion de 13 semaines minimum à 26 semaines maximum à une exclusion totale en cas de récidive dans l'année. Le renforcement de la sévérité est dès lors incontestable en cette matière.

Nous pouvons conclure à la manifestation d'une réelle volonté gouvernementale de sanctionner de manière plus importante les demandeurs d'emplois refusant ou abandonnant un emploi convenable. Ces mesures augmentent bien sûr l'efficacité, recherchée, d'une plus grande dissuasion quant au refus ou à l'abandon d'un emploi jugé convenable. Cette véritable épée de Damoclès risque d'effrayer de manière très significative les chercheurs d'emplois qui souhaiteraient refuser ou abandonner un emploi et, peut-être même, de les pousser à laisser tomber quelques revendications à l'égard de l'emploi et des conditions de travail auxquelles ils ont normalement droit. Ces nouvelles sanctions se transformeront peut-être en de réels "incentives" à l'activation et au maintien de celui-ci.

En conclusion, certes la protection juridique conférée par la notion d'emploi convenable est sauve et souvent même plus favorable aux demandeurs d'emplois ; mais les sanctions, elles, se sont cependant fortement renforcées.

## **2.2. L'ÉLARGISSEMENT VERS UNE SOCIÉTÉ DE PLEINE PARTICIPATION**

L'on observe qu'un contexte économique va généralement de pair avec un renforcement de la législation du chômage. Ce contexte économique défavorable couplé à l'instauration d'un Etat social actif ne peut qu'éveiller des craintes quant à l'évolution de la législation et de son application par les Cours et tribunaux. L'hypothèse principale de ce travail partait de cette crainte. Nous avons dès lors souhaité vérifier, par le truchement du concept de l'emploi convenable, si une telle détérioration de la protection sociale prenait place à l'heure où la productivité, les investissements et l'objectif ultime de (re)mettre tout le monde au travail monopolisent le débat politique.

Nous avons conclu qu'aucune réelle perte de droits et de garanties dans le chef des chercheurs d'emploi n'est à relever. Au contraire, la protection juridique accordée par le concept d'emploi convenable a souvent évolué favorablement à l'égard du travailleur. Il est intéressant de constater que la législation et la jurisprudence ne font qu'un, imperturbables face au contexte socio-économique et politique de notre Etat social. Hormis un durcissement des sanctions infligées lors d'un refus ou abandon d'emploi convenable sans motif légitime, aucun renforcement général n'a été constaté en l'espèce.

---

(40) Arrêté royal du 20 décembre 1963 relatif à l'emploi et au chômage, M.B., 18 janvier 1964, art. 135.

Cette première hypothèse ayant été largement examinée au cours de cette recherche, une deuxième hypothèse a aussitôt fait surface. En lieu et place d'un durcissement tel qu'il était attendu, ne pourrions-nous pas, au contraire, assister à un élargissement de la notion d'emploi ? Un élargissement au sens ou l'emploi convenable pourrait aussi viser les activités socialement utiles, c'est à dire les activités en dehors du champ du travail proprement dit. Le "travail" se voit dès lors opposé à une autre notion : celle du « non travail ». Le « non travail » vise les activités humaines « hors travail » dont beaucoup revêtent une utilité pour la société et/ou contribuent à l'épanouissement de l'individu. La crise de notre Etat Providence ne devrait plus, dès lors, passer exclusivement par un renforcement de la législation du chômage. En effet, il existe une seconde voie pour augmenter le taux d'activité. Ne pourrait-on pas évoluer vers une société qui, plutôt que de se limiter à des mesures actives ne portant que sur le travail au sens propre, tiendrait compte également de la fonction sociale des activités de non travail. Notre société ne pourrait-elle évoluer vers une société de la pleine participation ? Cette interrogation a fait l'objet d'une analyse dans un récent rapport de la Fondation Roi Baudouin (41).

Le point de départ de cette seconde hypothèse de travail part de la constatation paradoxale qu'en Belgique seul un pourcentage limité de la population, en diminution constante, contribue à la richesse élevée du pays. A terme, notre pays ne pourra, par conséquent, pas maintenir la production de sa richesse. La Fondation plaide essentiellement pour un développement de la participation de tous les citoyens à la vie sociale, quelle que soit la forme (rémunérée ou non) que revêt cet engagement citoyen. Elle est d'avis, en élargissant le concept du droit au travail au droit à la participation, qu'il serait possible de concilier développement économique, épanouissement personnel et cohésion sociale. Et ce, que l'on se trouve en période de croissance du chômage ou, au contraire, de demande accrue de main d'œuvre (42). L'ancienne équation qui faisait du travail salarié une garantie automatique voire exclusive de reconnaissance sociale est par conséquent profondément remise en cause. Le travail semble devenir un bien rare, sera-t-il bientôt un luxe ? Deviendra-t-il un luxe pour l'individu qui cherche à se forger une place dans la société (43) ?

Le travail a toujours été décrit comme l'instrument privilégié de l'intégration sociale. Pourtant le travail est tout et son contraire à la fois, il est perçu à la fois comme « une bénédiction et une malédiction, comme un plaisir et un fardeau, comme un moyen d'épanouissement et d'asservissement, comme une domination et une aliénation (44) ». De plus en plus « les conditions de travail et le statut des travailleurs sont dépeints d'une manière plutôt négative : stress croissant, exigences à la hausse, de plus en plus de tâches répétitives, une diminution de l'autonomie et des dépenses pour la formation (45) ».

(41) Fondation Roi Baudouin, *Travail et non travail. Vers la pleine participation.*, 2000.

(42) Fondation Roi Baudouin, *op.cit.*, 2000, p. XIII.

(43) Fondation Roi Baudouin, *op.cit.*, 2000, p. 12.

(44) Fondation Roi Baudouin, *op.cit.*, 2000, p. 12.

(45) Fondation Roi Baudouin, *op.cit.*, 2000, p. 82.

Une proposition est dorénavant lancée : faire évoluer la société vers une société dite de pleine participation. Cet élargissement de la notion de travail à d'autres activités que le travail strictement rémunéré permettrait, selon ses protagonistes, de donner à chacun la possibilité de participer activement à des activités de travail et de « non travail », en répondant au besoin de l'être humain, de donner un sens à sa vie, de s'épanouir et de s'intégrer dans la société. L'homme formant un tout, il est nécessaire d'envisager une nouvelle forme d'intégration. Cette nouvelle approche s'oppose à une vision économique limitée à la seule notion de travail rémunéré ; elle proclame, en outre, la prise en compte de l'importance de la fonction sociale des activités de « non travail » et de leurs capacités à satisfaire les besoins d'épanouissement individuel. La culture de l'économie de marché et la cohésion sociale ne seraient pas nécessairement antinomiques, elles pourraient au contraire être largement complémentaires. Economiquement, l'élévation du taux d'emploi en Belgique est essentielle. Cependant, l'augmentation de la participation aux activités socialement utiles en dehors du marché du travail pourrait, elle aussi, contribuer à la croissance économique et à la cohésion sociale. Tout comme l'être humain qui forme un tout et ne peut être divisé, le travail et le « non travail » ne devraient faire qu'un (46).

La participation au travail et au « non travail », se concrétiserait, certes en axant d'avantage les mesures politiques sur le relèvement du taux d'emploi mais aussi en visant plus largement une plus grande participation sociale ou citoyenne de chaque individu. Les pouvoirs publics se verraient par conséquent contraints de se fixer un nouvel objectif : à savoir augmenter les chances de participation sociale ou citoyenne de chaque individu. Le droit au travail se devrait d'être étendu au droit à la participation sociale. Ce droit pourrait même devenir un droit constitutionnel et ce dans un futur proche. En ce sens, un projet de révision de la Constitution a, en effet, été déposé en vue de modifier l'article 23, alinéa 3 en vue d'insérer, dans la liste des droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la participation sociale. Monsieur Francis Delpérée a aidé à mettre au point le projet de révision et a souligné à cette occasion que « la Constitution d'un Etat moderne perd de sa crédibilité si elle n'est pas en mesure de rencontrer, au moins en termes généraux, les préoccupations des hommes et des femmes de notre temps (47) ». La nécessité d'un meilleur partage, d'une participation sociale réelle est de celles-là, comme le montre Monsieur P. Van der Vorst lorsqu'il affirme « On fera donc œuvre salutaire en proclamant dans la Constitution le droit de chacun à cette participation sociale, en inscrivant ce droit dans le cadre d'une pratique sociale qui est la responsabilité de l'Etat, tout en ménageant le droit, et le libre choix, de chacun de trouver son épanouissement dans un travail salarié, dans une autre activité professionnelle ou dans une ou plusieurs activités socialement utiles (48) ». Ce droit à la participation, devenant un droit constitutionnel, permettrait aux tribunaux de veiller à son effectivité et à garantir un juste partage, une distribution équitable de cette participation sociale ou citoyenne.

(46) Fondation Roi Baudouin, *op.cit.*, 2000, pp. 87-88.

(47) Cité dans P. Van der Vorst, L'insertion dans la constitution belge du droit à la participation sociale, *J.T.T.*, 2002, p. 4.

(48) P. Van der Vorst, *ibidem*, 2002, p. 4.

Il nous paraît en conclusion impératif de ne pas commettre l'erreur de penser que seul le travail rémunéré permettrait d'atteindre des objectifs tels que la reconnaissance sociale, les contacts sociaux et le développement du tissu social dans la communauté (49). L'augmentation du taux d'emploi est essentielle. Toutefois, limiter l'activation au seul marché du travail, c'est ignorer le rôle et la plus-value des activités sociales de non travail à la cohésion sociale (50). Nous concluons par ses termes, « le travail ennoblit et le non travail ennoblit aussi ».

### 3. CONCLUSION GENERALE : AMARTYA SEN ET SON APPROCHE DE LA CAPABILITE DANS NOS POLITIQUES POUR L'EMPLOI

Les mesures par excellence d'un « Etat social » sont devenues les politiques d'activation. Nous avons cependant constaté au terme de ce travail que tant le législateur que le juge ont décidé de « tenir tête ». Une protection juridique effective existe dès lors à l'égard du travailleur qui peut refuser ou abandonner un emploi non convenable, et ce, sans subir d'exclusion du bénéfice des allocations de chômage. Nous constatons, de même, qu'après l'obsession première de garantir à tout prix l'emploi, une volonté de garantir à tous un emploi de qualité et un emploi décent a fini par devenir une des priorités explicites de la politique sociale européenne, au même titre que l'emploi. Ce n'est, en effet, que depuis le sommet européen de Stockholm, en mars 2001, que la volonté d'intégrer la qualité de l'emploi à la volonté d'accroître ce dernier s'est exprimée explicitement. Il est désormais temps de « créer des emplois pour tous et de s'assurer de leur qualité (51) ».

En conclusion, nous ne pouvons terminer ce présent exposé sans évoquer une possible alternative à la politique d'activation, abondamment étudiée lors de cet exposé. Nous souhaitons conclure, pour ce faire, par la contribution d'Amartya Sen, économiste de renommée mondiale, honoré d'un prix Nobel d'économie en 1998. Amartya Sen a construit une théorie de la « capabilité » qui fait l'objet aujourd'hui de nombreuses recherches. Plusieurs de ces recherches se penchent sur la question fort intéressante d'une possible retranscription des enseignements de Sen dans la création des mesures pour l'emploi de notre société.

La capabilité selon Amartya Sen est « la liberté de choisir et d'accomplir une action, une suite d'actions, et, de proche en proche, un « plan de vie (52). » La capabilité variera dès lors d'une personne à une autre en raison de plusieurs éléments qui la caractérisent. Sen ajoute que cette liberté effective dépendra de l'usage qu'il nous est possible de faire, selon nos capacités, des différentes ressources qui nous

(49) B. Cantillon, De l'Etat-Providence actif à l'Etat-Providence pluriactif : les instruments d'une politique, *Reflets et Perspectives*, Tome XL, 2001, p. 197.

(50) Fondation Roi Baudouin, *op.cit.*, 2000, p. 127.

(51) G. Matagne, *op.cit.*, 2001, p. 42.

(52) J. De Munck et I. Ferreras, Droits collectifs, délibération et capacités—Une approche de la négociation collective dans le secteur de la grande distribution en Belgique, <http://www.idhe.ens-ghan.fr>, p. 5.

appartiennent ou nous sont distribuées. Il est dès lors nécessaire d'étendre les capacités des hommes, de leur permettre de vivre la vie qu'ils choisissent, ce qui ne fera que renforcer la liberté et l'égalité individuelle, et profitera au bout du compte aussi au collectif. Un plus grand épanouissement individuel et une plus grande cohésion sociale apparaissent comme des facteurs clés d'un meilleur développement économique (53).

Amartya Sen s'est fortement inspiré de la théorie de justice de John Rawls. A la différence de John Rawls, Amartya Sen conteste l'idée qu'une distribution de certains biens premiers, qu'ils soient de nature pécuniaire ou non, entraîne, à elle seule, l'égalité entre les différents citoyens. Selon lui, la liberté effective ne peut résulter simplement d'une distribution équitable des ressources, elle se doit d'être garantie au niveau des usages de ressources. Le point central n'est donc pas l'égalité des droits, mais l'égalité des capacités dans leur rapport aux fonctionnements qu'elles rendent possibles. L'accent doit être mis d'avantage sur les finalités et la prise en compte de l'usage potentiel des ressources eu égard aux capacités naturelles et sociales de l'individu à les utiliser. C'est au niveau des capacités des individus que nous nous devons d'agir si nous voulons effectivement arriver à une société égalitaire au sens où l'entend Amartya Sen. L'Etat ne peut plus se contenter de distribuer des moyens, il se doit désormais de rendre également accessible l'usage effectif que les individus peuvent tirer des ressources. Les citoyens sont inégaux dans leur capacité nous dit Amartya Sen. Selon ce dernier, la vraie question des politiques sociales se doit de porter sur la lutte contre les inégalités des capacités. Le gouvernement se doit de tout mettre en place afin de développer les capacités de ses citoyens et ne peut dès lors se borner à redistribuer les richesses. C'est en ce sens que l'on comprend l'exemple donné qui est celui d'une femme mariée ayant la garde de jeunes enfants, elle n'aura objectivement pas la même capacité à exercer un emploi sauf à considérer qu'un réseau efficace de garderie d'enfants n'ai été mis en place dans sa région. Cet exemple nous permet de montrer qu'une personne bénéficiant de mêmes ressources initiales restera en situation inégale quant à l'usage effectif de celles-ci, si l'Etat ne décide pas à développer les différentes politiques sociales en rapport aux capacités de ces citoyens. Par conséquent, une prise en compte des capacités individuelles passera, nécessairement, par l'extension des capacités de choix effectif (54).

Plusieurs études sur l'opérationnalisation des enseignements de Sen ont été publiées. De ces études découlent l'affirmation selon laquelle une politique alternative à la politique d'activation pourrait être envisagée. Ainsi deux voies sont à envisager au niveau européen. Premièrement, nous avons la voie d'activation et deuxièmement la voie de la capacité basé sur la théorie d'Amartya Sen.

(53) R. Salais et R. Villeneuve, Europe and the politics of capabilities, <http://www.idhe.enscahan.fr>, p. 7.

(54) J. De Munck et I. Ferreras, Droits collectifs, délibération et capacités- Une approche de la négociation collective dans le secteur de la grande distribution en Belgique, <http://www.idhe.enscahan.fr>, p. 6.

La voie d'activation fut consacrée en Europe par le biais de la mise en place d'indicateurs macro économiques du taux d'emploi à atteindre dans une limite de temps. Aucune référence à la qualité de l'emploi est à relever. Dans cette perspective la réforme de la réglementation du chômage se doit de créer des « incentives » et de multiples sanctions en vue d'activer l'insertion sur le marché général de l'emploi. Une telle stratégie veillera à réduire ces dépenses en matières de protection sociale (55).

La seconde voie pourrait mener à suivre la théorie des capacités, telle qu'elle est formulée par Amartya Sen. Elle consisterait à donner priorité à l'instauration d'objectifs tels l'amélioration des conditions de vie et de travail, la garantie d'une protection sociale équitable et l'encouragement d'un dialogue social. Ceci, semble-t-il, pourrait favoriser la mise en place d'un marché de travail européen efficace et équitable à la fois. Elle consisterait de même à pourvoir les travailleurs et citoyens de libertés effectives en développant de manière intensive les différentes capacités des citoyens leur permettant ainsi de faire de vrais choix, d'être effectivement libres et égaux. En conclusion, une voie de la capacité comprendrait une nette amélioration des standards sociaux et du travail, perçue comme le point focal de la croissance économique et du rôle de l'Etat dans la globalisation (56). La réduction des coûts sociaux serait le résultat d'une création croissante d'emplois mais ne serait aucunement une finalité immédiate des nouvelles politiques sociales.

La question sur laquelle nous souhaitons conclure et qui est sans doute légitime de poser est celle de savoir si ces deux voies possibles continueront d'exister côte à côte, en opposition l'une avec l'autre ou si elles finiront un jour à apprendre l'une de l'autre. L'avenir nous le dira.

---

(55) R. Salais et R. Villeneuve, Europe and the politics of capabilities, <http://www.idhe.enscahan.fr>, p. 16.

(56) R. Salais et R. Villeneuve, Europe and the politics of capabilities, <http://www.idhe.enscahan.fr>, p. 16.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### LEGISLATION

Arrêté ministériel du 26 novembre 1991 portant les modalités d'application de la réglementation du chômage, MB, 25 janvier 1992.

Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, MB, 31 décembre 1991.

Arrêté ministériel du 4 juin 1964 relatif au chômage, MB, 6 juin 1964.

Arrêté royal du 20 décembre 1963 relatif à l'emploi et au chômage, MB, 18 janvier 1964.

Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, MB, 30 décembre 1944.

### DOCTRINE

Alaluf, M., La précarisation du marché du travail, *B.F.A.R.*, nr. 185, 1990, pp. 17-26.

Alaluf, M., verbos, "Etat Providence actif" in Dictionnaire du prêt à penser, *EVO*, 2000, pp. 40-41.

Alaluf, M., verbos, "Emploi précaire et chômage actif" in Dictionnaire du prêt à penser, *EVO*, 2000, pp. 82-85.

Bodart, M., L'activation et les mesures d'aide à l'emploi, *L'activation des allocations sociales*, Bruxelles, La Chartre, 2000, pp. 11-16.

Bollerot, P., Deux acteurs de l'employabilité : l'employeur et le salarié, *L'employabilité : de la théorie à la pratique*, Bern, Peter Lang, 2001, pp. 61-107.

Cantillon, B., De l'Etat-providence actif à l'Etat-providence pluriactif : les instruments d'une politique, *Reflets et perspectives de la vie économique*, chapitre XL, n° 1-2, 2001, pp. 197-212.

Chabbert, I. et Kershen, N., Vers un modèle européen d'assurance d'employabilité ?, *L'employabilité : de la théorie à la pratique*, Bern, Peter Lang, 2001, pp. 109-136.

Clerc, D., *Condamnés au chômage ? Travail et emploi : Faux débats et vraies questions*, Paris, Syros, 1999.

De Munck, J. et Ferreras, I., Droits collectifs, délibération et capacités - Une approche de la négociation collective dans le secteur de la grande distribution en Belgique, <http://www.idhe.ens-cahan.fr>, pp. 1-25.



Gazier, B., L'employabilité : la complexité d'une notion, *L'employabilité: de la théorie à la pratique*, Bern, Peter Lang, 2001, p. 19.

Graulich, B. et Palsterman, P., *Les droits et les obligations du chômeur dans le nouveau code du chômage*, Diegem, Kluwer, 1993, pp. 96-108.

Hachez, T., Rosetta va à Lisbonne, l'Etat social actif, *la Revue Nouvelle*, 2000.

Jacqmain, J., Est-il convenable de travailler la nuit ?, *Chr.D.S.*, 1993, note à la Cour du travail Liège (chapitre 5), 8 janvier 1993, pp. 264-266.

Fondation Roi Baudouin, *Travail et non travail, vers la pleine participation : recommandations de la Commission Travail et Non Travail à la Fondation Roi Baudouin*, Paris, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2000.

Matagne, G., De l'Etat social actif à la politique belge de l'emploi, *CH. CRISP*, nr. 1737-1738, 2001, pp. 5-60.

Ouziel, J., Les politiques actives sur le marché du travail, *L'activation des allocations sociales*, Bruxelles, La Charte, 2000, pp. 71-82.

Put, J., *Praktijkboek sociale zekerheid 1999 voor de onderneming en de sociale adviseur*, Diegem, Samson, 1999, pp. 376-384.

Put, J., Naar een nieuwe definitie van het begrip onvrijwillige werkloosheid?, *Chr.D.S.*, 1992, pp. 239-250.

Salais, R. et Villeneuve, R., Europe and the politics of capabilities, <http://www.idhe.ens-cahan.fr>, pp. 1-24.

Vandenbroucke, F., *Den Uyl-Hezing* (De actieve welvaartsstaat), Allocution du 13 décembre, [www.vandenbroucke.fgov.be](http://www.vandenbroucke.fgov.be), 1999, p. 2.

Van der Vorst, P., L'insertion dans la constitution belge du droit à la participation sociale *J.T.T.*, 2002, pp. 2-4.

Van Langendonck, J., Het nieuwe Werkloosheidswetboek, een evaluatie, *Chr.D.S.*, 1992, pp. 233-238.

X., Perspectives, *L'employabilité: de la théorie à la pratique*, Bern, Peter Lang, 2001, pp. 239-247.

## JURISPRUDENCE

Cass. (chap. 3), 30 janvier 1980, *J.T.T.*, 1986, p. 35.

Cass., 30 janvier 1984, *J.T.T.*, 1986, p. 35.

# TABLE DES MATIERES

## **EMPLOI CONVENABLE VERSUS ETAT SOCIAL ACTIF : ANALYSE REGLEMENTAIRE ET JURISPRUDENTIELLE 1970-2003**

<b>INTRODUCTION</b>	179
<b>1. L'ETAT SOCIAL ACTIF</b>	180
<b>2. LA NOTION D'EMPLOI CONVENABLE</b>	185
2.1. LA NOTION D'EMPLOI CONVENABLE EN DROIT BELGE . . . . .	185
2.2. L'ELARGISSEMENT VERS UNE SOCIETE DE PLEINE PARTICIPATION . . . . .	192
<b>3. CONCLUSION GENERALE : AMARTYA SEN ET SON APPROCHE DE LA CAPABILITE DANS NOS POLITIQUES POUR L'EMPLOI</b>	195
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	198

# ABSTRACTS

---

**ABSTRACTS**


---

**“L’indispensable réorientation de l’assurance-dépendance flamande”**
*par Bea Cantillon*

Avec l’assurance-dépendance, l’architecture flamande des soins s’est enrichie d’un instrument de grande valeur. Ce nouvel outil n’a toutefois pas encore la stabilité qui lui est nécessaire. Trois questions sont en jeu : la base financière, vu la forte hausse prévue des besoins de soins ; l’efficacité, vu la variation des besoins et l’ancrage de l’assurance-dépendance dans l’arsenal juridique européen.

Le présent article aborde chacun de ces aspects et formule une proposition de réforme.

**“The necessary re-orientation of the Flemish long-term care insurance”**
*by Bea Cantillon*

With the long-term care insurance, the Flemish care structure was extended with a very valuable instrument. However, it does not yet have the stability it needs. There are three crucial issues: affordability, bearing in mind the expected sharp rise in the need for care; effectiveness, bearing in mind the diversity of the needs and the juridical embedding of the long-term care insurance at European level.

This article goes into each of these aspects and formulates a proposal for reform.

\*  
\* \*

**“Pourquoi une assurance-dépendance ?”**
*par Jef Breda*

Le risque de soins sociaux se fonde sur la dépendance personnelle d’individus qui ne peuvent (plus) assumer eux-mêmes les activités de la vie quotidienne (ADL). Ce risque, qui est étranger aux risques liés aux revenus, à la formation et aux soins médicaux est, en tant que tel, une nouveauté. Ces personnes, pour la majorité d’entre elles, se tournent vers des membres du ménage ou à des parents, vers des services formels cofinancés par la collectivité et des services payants. Aussi, les coûts pour les usagers et leurs parents sont très élevés. Cette catégorie de la population ne cesse de gagner en nombre. En réalité, deux types de solution sont envisageables : d’une part, intervenir dans les coûts des soins sociaux à supporter soi-même (l’option ‘care’) et, d’autre part, instaurer un nouveau type d’allocation (l’option ‘cash’) afin d’alléger les frais à supporter soi-même. Il semble que la deuxième option

(‘cash’) récolte la plus forte adhésion, surtout dans le milieu politique. En effet, cette solution est peu onéreuse parce qu’un nouveau canal de financement est creusé, d’un point de vue administratif, elle est relativement simple à exécuter si l’on fait usage des canaux existants et, enfin, elle peut, pour une grande part, être superposée au système de soins sociaux existant. Seule, la discussion institutionnelle risquait de mettre des bâtons dans les roues. Pour la population, cela semblait assurément légitime : l’on est prêt à contribuer et l’on voit directement certaines allocations visibles octroyées à un groupe cible faible et délimité. Provisoirement, l’efficacité de cette assurance n’est pas encore connue, tout comme la durabilité à terme n’en est pas encore garantie. La solution choisie semble toutefois avoir été largement acceptée et être ouverte quant à son avenir.

### **“Grounds for a long-term care insurance?”**

*by Jef Breda*

The risk of social care is based on the personal dependence of individuals who are not able (any more) to assume the Activities of Daily Living (ADL). This risk, which is separated from the risks related to income, training and medical care, is a new phenomenon. The majority of these people turn to family members, to service organisations that are co-financed by the community and to commercial services. As a consequence, the costs for the users and for their families are very high. This category of the population is becoming ever larger. In reality, there are two possible solutions: on the one hand, intervention in the costs for social care to be paid by the individual (the “care” option) and, on the other hand, creation of a new type of allowance (the “cash” option) to alleviate the costs to be paid by the individual. It appears that mainly the second option (“cash”) is supported, especially in political circles. This solution is indeed less expensive - a new channel of funding is created -, from an administrative point of view, it is relatively easy to implement if the existing channels are used and, finally, it can largely be grafted onto the existing system of social care. Only the institutional threatened to put a spoke in the wheels. For the people, it appeared quite legitimate: there is a willingness to contribute and there are direct, visible benefits to a defined weak target group. For the moment, it is not known whether this insurance is effective, nor is there, at yet, any guarantee as to its continuity in the future. The solution that has been chosen does, however, appear to have been widely accepted and to be open as regards its future.

\*

\* \*

## **“La sécurité sociale flamande, belge et européenne - Aspects juridiques de l’assurance-dépendance, en droit belge et européen”**

*par Steven Vansteenkiste*

L’assurance-dépendance est née en pleine lutte électorale et ceci a mené à une sorte de “décret-cadre” dans lequel le gouvernement se voit aussi déléguer un certain nombre de choix essentiels. Le résultat est un décret qui s’appuie sur des idées contradictoires et qui devait inévitablement aboutir à des problèmes dans son exécution.

Malgré cela, l’assurance-dépendance est dotée d’un caractère unique. Par exemple, l’assurance-dépendance flamande est la première assurance sociale organisée au niveau d’un Etat fédéré. Ce n’est pas seulement le cas dans le contexte belge, mais également dans celui de la Communauté européenne. Par ailleurs, l’on peut dire que, dans le contexte belge, l’assurance-dépendance reconnaît un nouveau risque social, qu’elle a donné le jour à une nouvelle forme d’organisation d’exécution où tant les mutualités que les compagnies d’assurances privées jouent un rôle, et que, pour la toute première fois, la possibilité de capitalisation a au moins été prévue dans une assurance sociale.

Nous analysons la nature de l’assurance-dépendance dans le cadre de la sécurité sociale flamande sur la base du décret et des arrêtés d’exécution. Nous concluons que, du point de vue de son contenu, l’assurance-dépendance est une assurance sociale, même si elle s’accompagne d’un certain nombre de modalités particulières.

Du point de vue de son contenu, l’assurance-dépendance est une assurance sociale. Selon le droit constitutionnel belge, elle n’appartient cependant pas à la sécurité sociale, celle-ci étant restée une matière exclusivement fédérale. Dans le chapitre traitant de la sécurité sociale belge, nous esquissons la répartition des compétences, notamment à la lumière de l’avis du Conseil d’Etat et des arrêts de la Cour d’Arbitrage.

Dans le chapitre sur la sécurité sociale européenne, nous démontrons que l’assurance-dépendance relève de l’application du Règlement CE n° 1408/71. D’après le droit européen, l’assurance-dépendance fait donc partie de la ‘sécurité sociale’. Nous en esquissons les conséquences en matière d’application de l’assurance-dépendance.

L’assurance-dépendance n’a pas encore trouvé de forme stable. Dans le décret, un certain nombre de choix essentiels sont remis entre les mains du gouvernement. Il en résulte que, dans son exécution, certaines options prises ne sont pas toujours très cohérentes. Nous recommandons au Parlement et au Gouvernement flamands de remédier à cette situation au cours des prochaines années.

**“Flemish, Belgian and European social security – Legal aspects of the Flemish long-term care insurance in Belgian and European law”**

*by Steven Vansteenkiste*

The long-term care insurance came into being in the heat of an electoral campaign. This led to a sort of “framework decree”, in which a number of key choices were delegated to the government. The result was a decree based on contradictory ideas that would inevitably lead to problems when implemented.

Despite this, the long-term care insurance has a unique profile. For example, the Flemish long-term care insurance was the first social insurance to be organised at federal state level. This is not only the case at the Belgian level, but also at the level of the European Union. The long-term care insurance also introduced a new social risk at the Belgian level, it gave rise to a new form of executive organisation in which both mutual health funds and private insurance companies play a role and, for the first time, it provided the possibility of capitalisation in a social insurance scheme.

We analyse the nature of long-term care insurance in the context of Flemish social security on the basis of decrees and executive orders. We conclude that, from the point of view of its content, the long-term care insurance is a social insurance, with certain number of particular provisions however.

As regards its substance, the long-term care insurance is a social insurance. According to Belgian constitutional law however, it is not a part of social security, as that is exclusively in the federal domain. In the chapter on Belgian social security, we outline the division of competence, particularly in the light of the opinion of the Council of State and the decisions of the Court of Arbitration.

In the chapter on European social security, we show that the long-term care insurance falls within the scope of EC Regulation no 1408/71. According to European law, the long-term care insurance is thus an integral part of ‘social security’. We outline the consequences of this as regards the application of the long-term care insurance.

The long-term care insurance has not found a stable form yet. In the decree, a certain number of key choices are left to the government. As a result, some of the options chosen with regard to the implementation were not always very coherent. We recommend the Flemish Parliament and Government to remedy this situation in the coming years.

\*

\* \* \*

**“Aspects économiques d’une assurance – dépendance en Belgique francophone et germanophone”**

*par Rodrigo Ruz Torres*

L’intervention est complémentaire à celle d’Alain Jousten. Elle passe en revue la problématique de l’introduction d’une assurance dépendance et notamment les questions concernant l’évaluation des effets sur l’offre d’aide, sur la demande d’aide et sur les modalités de financement. La présentation est illustrée par quelques résultats quantitatifs obtenus par le consortium universitaire UCL-ULB-Ulg dans le cadre de la recherche réalisée pour la Région wallonne, la Région bruxelloise, la Communauté française et la Communauté germanophone. La solvabilisation de la demande par l’implémentation d’une assurance dépendance risquant d’accentuer les problèmes d’offre insuffisante déjà constatés sur le terrain, l’importance de l’accompagnement par une politique de l’offre est soulignée. En ce qui concerne la quantification de la demande, la quantification du nombre de personnes dépendantes et donc de la demande d’aide, tant à court terme qu’à plus long terme sont abordées, ainsi que le type d’aide qu’il est souhaitable d’apporter aux personnes dépendantes. Enfin, l’intervention souligne l’importance d’un financement soutenable à long terme, aborde la problématique de la progressivité du financement et pose la question du niveau auquel il est souhaitable que ce financement intervienne.

**“Economic aspects of long-term care insurance in the Belgian French- and German-speaking regions”**

*by Rodrigo Ruz Torres*

This contribution is complementary to that of Alain Jousten. It examines the problem of the introduction of long-term care insurance and more particularly questions concerning the assessment of the effects on the provision of care, on the demand for care and on the means of financing.

The exposé is illustrated with certain quantitative results obtained by the university consortium UCL-ULB-Ulg during the course of the research carried out for the Walloon Region, the Region of Brussels, the French Community and the German Community.

Since the improvement of financial accessibility by the introduction of long-term care insurance, could accentuate the problems of insufficient provision that are already being experienced in practice, the importance of an accompanying policy of care provision is stressed.

The issues of quantification of demand, quantification of the number of dependent persons and hence the demand for care, both in the short term and in the long term, are addressed, as well as the type of assistance that it is desirable to provide to dependent persons.



Finally, this contribution underlines the importance of sustainable long-term financing, addresses the problem of the progressive nature of financing and raises the question of the level at which it is desirable that such financing should intervene.

\*  
\* \*

### **“Discussion sur l’introduction d’une assurance-dépendance dans l’UE”**

*par Jozef Pacolet*

Le présent article donne un aperçu de la discussion des années quatre-vingt-dix sur l’introduction de l’assurance-dépendance dans les 15 Etats membres de l’Union européenne et la Norvège. L’article, basé sur une étude comparative européenne montre que la plupart des pays, parfois après une longue phase préparatoire, ont ouvert le débat sur une meilleure couverture des risques, habituellement appelés “long term care” ou soins chroniques de longue durée. En fin de compte, quatre typologies de systèmes de protection sociale ont pu être distinguées, lesquelles coloraient également le choix de l’assurance-dépendance. Certains pays ont opté pour l’inclusion de l’assurance-dépendance dans les systèmes existants de protection sociale, d’autres pour une assurance explicitement nouvelle. Cet article illustre aussi comment cette nouvelle - ou non - assurance-dépendance implique, à la fin des années quatre-vingt-dix, la poursuite de l’extension de la protection sociale.

### **“Discussion about the introduction of long-term care insurance in the EU”**

*by Jozef Pacolet*

This article outlines the discussion that took place during the 1990s about the introduction of long-term care insurance in the 15 member states of the European Union and Norway. The article, based on a European comparative study, shows that in most countries, sometimes after a long preparatory period, a debate was held on improved coverage of the risks, known as “long-term care” or long-term, chronic care. In the final analysis, four types of social protection systems were identified, which also influenced the choice of long term care insurance. Some countries opted for the inclusion of long-term care insurance within the existing systems of social protection, others for a specific new insurance. This article also illustrates how this new - or not so new - long-term care insurance implied the pursuit of the extension of social protection at the end of the 1990s.

\*  
\* \*

**“La Banque Carrefour de la sécurité sociale en 2004”**

*par Frank Robben et Peter Maes*

Ces dernières années, un grand nombre de dirigeants politiques ont découvert l'e-government comme un moyen important pour améliorer les services rendus par l'administration aux citoyens et aux entreprises et simplifier les formalités administratives. La sécurité sociale belge avait déjà initié ce mouvement voici treize ans avec la création de la Banque Carrefour de la sécurité sociale en tant que nouvelle institution publique. La Banque Carrefour de la sécurité sociale tente en permanence de réformer les processus et les relations entre les acteurs du secteur social entre eux et entre ces acteurs et les citoyens, d'une part, et les entreprises, d'autre part, en recourant le plus possible aux technologies modernes et aux nouveaux médias. Le but final est de faire fonctionner la sécurité sociale de manière effective et efficace, d'optimiser les services aux citoyens et aux entreprises et de réduire à un minimum les charges administratives.

Ce faisant, il est essentiel que les responsables des administrations du secteur social consacrent une attention toute particulière à l'utilisation de méthodes efficaces de gestion et de traitement des données. A cet effet, un certain nombre de principes clairs ont été fixés pour cinq aspects, dont tous les acteurs du secteur social prônent le respect : modélisation de l'information, collecte unique, gestion, échange et protection des données.

L'approche suivie par la sécurité sociale belge dans le cadre de l'e-government a systématiquement été qualifiée au cours des années écoulées de meilleure pratique dans les études comparatives exécutées au nom de la Commission européenne.

L'article mentionne un grand nombre d'avantages qui en résultent pour les assurés sociaux et pour les entreprises. Enfin, nous jetons un regard sur les défis pour l'avenir.

**“The Crossroads Bank for Social Security in 2004”**

*by Frank Robben and Peter Maes*

In recent years, a large number of political leaders have discovered e-government as an important way of improving the services of the administration to citizens and companies and to reduce the administrative burden. The Belgian social security already took this road twelve years ago by creating the Crossroads Bank for Social Security, a new public institution. The Crossroads Bank for Social Security is continually seeking to reform processes and relations between civil service departments and between those departments and the public on the one hand, and businesses on

the other hand, making maximum use of modern technologies and new medias. The ultimate purpose is to make the working of the social security system effective and efficient, to optimise the services to the public and to businesses and to reduce the administrative burden costs to a minimum.

In doing so, it is essential that those in charge of the departments of the social services sector pay particular attention to the use of efficient methods for the management and treatment of data. To this end, a certain number of clear principles have been established regarding five aspects: data modelling and single collection, management, exchange and protection of information. These should be pursued by all the social services.

In comparative studies, ordered by the European Commission, the e-government approach adopted by the Belgian social security, systematically described as being best practice in recent years.

The article refers to a large number of advantages for users of social services as well as for businesses. Finally, we take a look at the challenges ahead.

\*  
\* \*

### **“Emploi convenable versus Etat social actif : analyse réglementaire et jurisprudentielle 1970-2003”**

*par Katia De Loose*

L'Etat social actif se trouve au centre de tous les débats. Nous avons souhaité lors de ce travail d'analyser l'impact de cette nouvelle politique d'activation sur la notion juridique d'« emploi convenable ». Si la nécessité d'un Etat social actif n'est pas contestée, il nous est cependant légitime de craindre qu'avec sa finalité de l'emploi à tout prix, quelques privilèges finissent par disparaître. On peut effectivement craindre d'assister à la mise en place d'une société ayant comme seul mot d'ordre travail, travail, et encore travail et d'assister à une dégradation des conditions de travail et du « caractère convenable ». La première partie, étudie la notion même d'Etat social actif. La deuxième partie est intégralement dédiée à l'analyse tant réglementaire que jurisprudentielle de la notion d'emploi convenable durant ces trente dernières années. La première hypothèse de travail a consisté à examiner si la notion juridique d'« emploi convenable » a fait l'objet d'un durcissement dans la réglementation du chômage et/ou dans la jurisprudence au profit d'une plus grande activation. Nous avons examiné, à cet effet, les différents critères réglementaires et non réglementaires constitutifs de la notion d'emploi convenable. Une deuxième hypothèse a envisagé, quant à elle, la possibilité d'un élargissement de la notion de travail au

---

bénéfice d'une société dite de pleine participation. Nous terminons en présentant une alternative à la politique d'activation, une nouvelle piste tirée des enseignements de la théorie des capacités d'Amartya Sen.

**“Suitable employment versus social welfare state: analysis of regulations and jurisprudence 1970-2003”**

*by Katia De Loose*

The active welfare state is at the centre of all debate. The purpose of study was to analyse the impact of this new policy of activation on the legal notion of “suitable employment”. Although the need for an active welfare state is not disputed, it is, however, legitimate to raise concerns that, with its goal of employment at all costs, certain privileges may ultimately disappear. There is a fear that we may be witnessing the advent of a society where the only slogan is work, work, and more work and where there is deterioration of working conditions and of the “element of suitability “. The first section goes into the notion of social welfare state. The second section is entirely devoted to a regulatory and legal analysis of the notion of suitable employment over the last thirty years. The first working hypothesis involved examining whether the legal notion of “suitable employment” had become more restrictive in the regulations on unemployment and/or in jurisprudence in favour of a greater drive for employment. In this context, we have examined the various regulatory and non-regulatory criteria that relate to the notion of suitable employment. A second hypothesis considered the possibility of the widening of the notion of work, in favour of a so-called fully participative society. Finally, we present an alternative to the policy of activation, a new track derived from the teachings of the theory of capacities of Amartya Sen.

---

## **PRIX**

---

Le numéro

En Belgique .....6,50 EUR

A l'étranger .....7,50 EUR

L'abonnement annuel (4 numéros)

En Belgique .....19,00 EUR

A l'étranger ..... 22,50 EUR

ISSN : 0035-0834

C.C.P. : 679-2005863-97

**Les auteurs sont priés d'adresser leurs manuscrits à Hendrik Larmuseau, Directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale 3C, rue de la Vierge Noire - 1000 Bruxelles e-mail : [hendrik.larmuseau@minsoc.fed.be](mailto:hendrik.larmuseau@minsoc.fed.be)**

Les textes reçus sont soumis, pour avis, à des spécialistes en la matière.

Le texte intégral de la Revue peut être consultée sur internet :

<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

# CONSEIL DE REDACTION

## **PRESIDENTS**

---

Les Commissaires royaux honoraires  
ROGER DILLEMANS  
PIERRE VAN DER VORST

## **CONSEILLERS SCIENTIFIQUES**

---

GABRIELLE CLOTUCHE, directrice à la Commission européenne  
†HERMAN DELEECK, professeur émérite  
MICHEL DISPERSYN, professeur à l'Université Libre de Bruxelles (U.L.B.)  
PIERRE PESTIEAU, professeur à l'Université de Liège (U.Lg)  
BERND SCHULTE, professeur au Max Planck Institut, München  
WILLY VAN EECKHOUTTE, professeur à la Rijksuniversiteit Gent (R.U.G.)  
JEF VAN LANGENDONCK, professeur à la Katholieke Universiteit Leuven (K.U.L.)  
PASCALE VIELLE, professeur à l'Université catholique de Louvain (U.C.L.)

## **MEMBRES DE L'ADMINISTRATION**

---

FRANK VAN MASSENHOVE, Président, Service public fédéral Sécurité sociale  
MARC GOOSSENS, Directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale  
HENDRIK LARMUSEAU, Directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale  
FRANK ROBBEN, Administrateur général, Banque-carrefour de la sécurité sociale  
JOHAN VERSTRAETEN, Administrateur général, Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés  
ELISE WILLAME, Directrice générale, Service public fédéral Sécurité sociale

# COMITE DE REDACTION

## **PRESIDENT**

---

HENDRIK LARMUSEAU, Directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale

## **MEMBRES**

---

FRANK VAN MASSENHOVE, Président, Service public fédéral Sécurité sociale  
Directeurs généraux au Service public fédéral Sécurité sociale:  
TOM AUWERS, JAN BERTELS, MARIE-CLAIRE DUBUISSON, MARC GOOSSENS, HUBERT MONSEREZ et ELISE WILLAME

Ont collaboré à la réalisation de ce numéro :

JEANNINE DROUOT, MICHEL EGGERMONT, FRANCOISE GOSSIAU, JEAN-PAUL HAMOIR, MURIEL RABAU, GUY RINGOOT, DANIEL TRESEGNIE et ROLAND VAN LAERE