Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Herausgeber: Union syndicale suisse
Band: 45 (1953)
Heft: 4

Artikel: Pourquoi l'assurance-maladie-invalidité belge est-elle mise en péril?
Autor: Bock, Nathalis de
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-384810

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Pourquoi l'assurance-maladie-invalidité belge est-elle mise en péril ?

Par *Nathalis de Bock*,

secrétaire de la Fédération générale du travail de Belgique

Introduction

Vous avez sans nul doute appris l'action d'envergure entreprise par la Fédération générale du travail de Belgique contre la nouvelle réforme de l'assurance-maladie-invalidité. Pourquoi les arrêtés royaux du 31 décembre 1952 (*Moniteur belge* du 1er janvier 1953), appelés couramment « arrêtés Van den Daele », du nom du ministre du travail et de la prévoyance sociale qui en est l'auteur, ont-ils provoqué en Belgique d'importants remous sociaux? C'est ce que nous allons essayer de vous indiquer dans les lignes qui suivent en replaçant l'assurance-maladie dans son vrai cadre.

Disons immédiatement que ces arrêtés introduisent pour le remboursement des soins de santé une distinction entre les soins obligatoirement indemnisables et ceux pour lesquels les organismes assureurs ont une pleine liberté d'action.

Ces arrêtés rendent aux organismes assureurs une très grande responsabilité non seulement financière, mais aussi médicale.

Ils amenuisent enfin à l'extrême le rôle coordinateur de l'organisme central qui est un organisme public chargé de superviser les établissements privés que sont les organismes assureurs.

Ainsi, les travailleurs du monde entier pourront apprécier à sa juste mesure le caractère nocif de la récente réforme patronnée par un parti politique qui se prétend social.

Evolution de la protection des travailleurs contre les risques sociaux jusqu'en 1945

Nous nous limiterons aux risques sociaux qui directement ou indirectement peuvent s'intégrer dans un régime de sécurité sociale compris largement.

Nous envisagerons donc les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies non professionnelles, la vieillesse, le décès prématuré, le chômage, les allocations familiales.

Nous y ajouterons les congés payés qui pour des raisons purement pragmatiques figurent actuellement dans le régime belge de la sécurité sociale.

Quant aux accidents du travail, ils sont réparés sur une base légale en Belgique depuis la loi du 24 décembre 1903, qui fut modifiée récemment par la loi du 10 juillet 1951.

Cette législation assure en principe aux travailleurs la réparation intégrale de l'accident du travail.

Elle accorde également des rentes aux survivants lorsque l'accident a été mortel.

La réparation des accidents du travail est confiée à l'heure actuelle à des compagnies d'assurance privées agréées à cet effet par le Ministère du travail.

Les maladies professionnelles limitativement déterminées par la législation sont réparées également depuis la loi du 24 juillet 1927.

Les prestations accordées en vertu de cette loi sont équivalentes à celles octroyées par la législation sur les accidents du travail.

Les branches les plus importantes de la sécurité sociale, c'est-à-dire l'assurance-maladie-invalidité, les pensions de vieillesse, l'assurance-chômage et les allocations familiales, ont connu un développement historique beaucoup plus lent et la situation actuelle est le résultat de longues luttes très acharnées autour de chacun de ces secteurs.

Au cours du XIXe siècle, on peut retrouver les premières traces de l'assurance contre les risques sociaux dans les caisses de résistance et d'entraide créées par les premiers syndicats.

Seulement, l'existence à cette époque de l'article 414 du Code pénal napoléonien qui ne fut supprimé qu'en 1866 rendait forcément leur existence précaire et plus ou moins clandestine.

La première intervention législative eut lieu en 1850 par la création de la caisse de retraite, qui était chargée de distribuer des subsides aux caisses privées qui constituaient des rentes de vieillesse.

En 1851, une loi organisait les sociétés mutualistes en vue de garantir les travailleurs contre les risques de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de décès prématuré. Ces sociétés constituaient une forme particulière de l'assurance privée.

Cette loi fut revisée le 23 juin 1894 et c'est toujours elle qui à l'heure actuelle constitue le statut des sociétés mutualistes en matière d'assurance-maladie-invalidité.

En matière de pensions de vieillesse, une loi en 1865 créa la Caisse générale d'épargne et de retraite qui joua un grand rôle social, car elle fut pendant de nombreuses décades le seul organisme recueillant et gérant les fonds en matière de pensions de vieillesse.

Enfin, au cours des dernières années du XIXe siècle, les pouvoirs publics locaux commencèrent à accorder des subsides aux caisses de chômage involontaire qui avaient été créées par les organisations syndicales.

Quant au régime des allocations familiales, il est d'origine patronale et la loi du 4 août 1930 l'étendit à tous les travailleurs salariés.

Les quatres branches des assurances sociales (chômage, pensions de vieillesse, assurance-maladie-invalidité et allocations familiales) connurent dans leur évolution, que nous allons rappeler en quelques mots, des fortunes diverses.

L'assurance-maladie-invalidité fut le secteur qui resta toujours le plus tributaire du droit privé.

Les sociétés mutualistes ont toujours gardé un caractère de société privée.

L'affiliation à ces sociétés est restée libre jusqu'à la seconde guerre mondiale et elles octroyaient le remboursement des soins de santé et des indemnités pour maladie, invalidité et accouchement suivant leurs possibilités financières.

Elles fondèrent des services de médecine spéciale (préventoriums, sanatoriums, cliniques spécialisées).

Le régime des pensions de vieillesse fut celui qui se détacha le plus rapidement du droit privé, car dès la loi du 10 décembre 1924 tous les salariés étaient obligatoirement assurés en vue de la vieillesse et du décès prématuré.

Les mutualités ne jouèrent pratiquement plus aucun rôle dans la gestion du régime des pensions de vieillesse qui fut confiée à la Caisse générale d'épargne et de retraite et à des organismes d'Etat lorsque plus tard furent introduites « des majorations de rentes de vieillesse » destinées à réparer la perte du pouvoir d'achat des rentes par suite de dévaluations monétaires et à assurer une pensions transitoire décente.

Signalons cependant que la loi de 1930 créant un régime spécial de pensions pour les employés a confié la capitalisation des versements en vue de la constitution d'une rente de vieillesse à des organismes privés, mais aucune liberté n'était naturellement laissée dans la fixation des rentes à ces organismes.

Mais notre mouvement syndical a toujours réclamé pour les pensions d'employés la création d'une caisse unique permettant la gestion paritaire et le contrôle rapide et efficace par les intéressés eux-mêmes.

Disons enfin, pour être complets, que dès 1911 les ouvriers mineurs ont bénéficié d'un régime de pensions obligatoire.

L'assurance-chômage resta principalement confiée aux caisses syndicales, mais dès 1920 fut créé un Fonds national de crise qui fut remplacé en vertu d'un arrêté royal du 27 juillet 1935 par l'Office national du placement et du chômage.

Cependant, aucune obligation n'existait encore pour les salariés en cette matière avant 1944.

Quant au régime des allocations familiales d'origine patronale, comme nous l'avons déjà dit, son exécution fut confiée à des caisses primaires dont l'équilibre financier était assuré par une compensation nationale des recettes et des dépenses assurée par un établis-

sement public portant le nom de Caisse nationale de compensation pour allocations familiales.

Malgré l'obligation pour les employeurs de s'affilier à une caisse d'allocations familiales dès 1930, le régime des allocations familiales bénéficiait encore d'une large autonomie, car suivant leur situation financière propre, les caisses pouvaient distribuer, outre les allocations uniformes, des avantages particuliers appelés communément par la législation sociale belge les œuvres annexes.

Des quatre branches de notre système d'assurances sociales au début de la seconde guerre mondiale, celui qui se rapprochait le plus d'un système idéal de sécurité sociale était celui des pensions de vieillesse.

Le régime le moins évolué au point de vue de nos principes actuels de sécurité sociale était celui de l'assurance-maladie-invalidité.

En effet, les mutualités avaient pleine liberté pour déterminer les risques indemnisables pour éliminer les travailleurs qui souffraient d'affections trop graves; elles organisaient leurs cliniques et leurs sanatoria suivant les besoins de leurs affiliés sans se soucier d'assurer une véritable politique de la santé publique.

Tel est au début de la seconde guerre mondiale le tableau très rapidement brossé des assurances sociales belges.

Nous vous avons fait grâce des innombrables modifications et améliorations législatives qui sont intervenues dans chacun de ces régimes au cours des quarante premières années de ce siècle.

Evolution de la situation de 1944 à 1952

Pendant la seconde guerre mondiale et malgré l'occupation allemande du territoire national, des représentants syndicaux et patronaux se réunirent pour élaborer un projet de pacte de solidarité sociale qui fut d'ailleurs largement influencé par le Plan Beveridge dont des exemplaires avaient été parachutés en Belgique.

Cependant, les auteurs de ce projet eurent surtout le souci d'améliorer les réalisations passées plutôt que de construire pour l'avenir un édifice qui sans doute eût été plus logique, mais qui n'aurait trouvé aucun fondement dans le passé social de la Belgique.

Le 28 décembre 1944, date historique pour le monde belge du travail, fut pris un arrêté-loi concernant la sécurité sociale des travailleurs.

La grande innovation du nouveau régime qui était ainsi institué était de rendre obligatoire l'assujetissement de tous les employeurs au bénéfice des travailleurs qu'ils occupaient.

A cet effet, tous les employeurs en général étaient affiliés à un Office national de sécurité sociale auquel ils versaient les cotisations de leurs travailleurs et les leurs propres.

Les ouvriers abandonnaient 8% de leur salaire plafonné à 3000 francs, auxquels le patron ajoutait 15,5%.

Les employés cotisaient à concurrence de 8,25 % et leur patron y ajoutait 15,25%.

Le plafond des rémunérations fut successivement porté à 4000 francs en 1945 et à 5000 fr. en 1951.

Le montant global des cotisations atteint à l'heure actuelle 29,5% pour les ouvriers et 25,25% pour les employés.

Ne restent plus à l'heure actuelle en dehors du champ d'application de la sécurité sociale que certains travailleurs du secteur privé (domestiques, apprentis) et tous les travailleurs qui bénéficient du statut d'agent de l'Etat, des provinces ou des communes.

L'Office national de sécurité sociale (O. N. S. S.) est un simple organisme collecteur et répartiteur de cotisations.

Il transmet au Fonds national d'assurance-maladie-invalidité 6% des cotisations ouvrières et 5% des cotisations employées, à l'Office national du placement et du chômage 2% de ces mêmes cotisations, à la Caisse nationale de compensation pour allocations familiales 7,5% des mêmes cotisations, 6,5% des cotisations ouvrières et 0,5% des cotisations employées à la Caisse nationale des vacances annuelles.

Pour le régime des pensions ouvrières, 25 fr. [1] par mois sont transmis directement par l'employeur à la Caisse générale d'épargne et de retraite et le solde des 7% est versé à la Caisse nationale des majorations des rentes de vieillesse, qui est chargée d'allouer des allocations fondées sur la répartition.

Pour les pensions d'employés, 7% sont versés directement aux compagnies d'assurance ou à la Caisse nationale de pensions pour employés, qui assurent la capitalisation des rentes, et 3,5% au Fonds d'allocations pour employés, qui octroie aux pensionnés des compléments de pensions et des allocations basées sur le principe de répartition.

Reprenons à présent ces divers organismes dont nous venons de faire très rapidement mention pour vous montrer quel est leur rôle dans chaque branche de la sécurité sociale.

Le Fonds national d'assurance-maladie-invalidité (F. N. A. M. I.) est un établissement public géré paritairement par les représentants des syndicats, des patrons et des mutualités qui est chargé de répartir entre les organismes assureurs les recettes générales attribuées à ce secteur, plus une intervention de l'Etat égale à 16% des cotisations perçues.

Le Fonds national d'assurance-maladie-invalidité est surtout chargé d'élaborer le règlement général concernant les soins de santé et l'invalidité et de contrôler l'activité des divers organismes de

---

[1] 100 fr. belges = 8 fr. 20 suisses.

façon qu'une égalité complète règne entre tous les assurés, quel que soit l'organisme assureur (Union nationale des mutualités) auquel ils sont affiliés.

C'est cette mission que nous considérons comme essentielle pour le F. N. A. M. I. et c'est contre elle que nos adversaires dirigent leurs attaques les plus violentes.

On s'étonnera sans doute que l'assurance-maladie-invalidité soit encore confiée dans notre pays à plusieurs organismes privés.

Ce pluralisme institutionnel, nous n'avons cessé depuis toujours d'en dénoncer les effets nocifs.

En effet, ce qu'idéalement on pourrait appeler l'esprit d'émulation se transforme très rapidement dans les faits en une sorte de concurrence commerciale.

Or, nous avons toujours estimé que la santé publique n'avait pas à se soucier d'opinions politiques ou philosophiques.

Cette conception nous sépare profondément du syndicalisme chrétien partisan du pluralisme et de la liberté qui, dans ce domaine, devient inexorablement l'anarchie. Elle est le nœud du problème de la réforme de l'assurance-maladie-invalidité et nous y reviendrons dans quelques instants.

Le placement des chômeurs et leur indemnisation sont gérés sur le plan national par l'Office national du placement et du chômage (O. N. P. C.), établissement public à administration paritaire.

La distribution des indemnités de chômage est assurée par des caisses syndicales et des organismes officiels régionaux.

Le placement est confié à des directions régionales de l'O. N. P. C.

On ne peut parler de véritable pluralisme en matière de chômage, car les caisses syndicales ne jouissent d'aucune autonomie dans les avantages qu'elles accordent. Et le montant des indemnités est uniforme, quelle que soit l'organisation syndicale à laquelle est affilié librement le chômeur.

Dans le régime des allocations familiales, la Caisse nationale de compensation pour allocations familiales répartit entre les diverses caisses primaires les cotisations et les subsides de l'Etat qu'elle a encaissés de l'Office national de sécurité sociale et du trésor public.

Ces caisses, dans une limite qui s'amenuise constamment, peuvent, en plus des allocations familiales, distribuer certains avantages dans les limites de règlements approuvés par le ministre du travail.

En matière de vacances, le rôle de la Caisse nationale des vacances annuelles se limite à la répartition entre les caisses des sommes nécessaires au payement du pécule de vacances des ouvriers et au contrôle de ces organismes privés.

Comme nous l'avons dit au début de cet article, le régime des vacances annuelles ne peut pas à proprement parler figurer dans un régime de sécurité sociale, car toute idée de sécurité ou même de simple prévoyance en est exclue.

En matière de pensions de vieillesse, la pension normale d'un ménage est de 26 000 fr. par an pour les ouvriers.

Celle d'un ménage d'employé pensionné est approximativement de 36 000 fr.

Ces chiffres sont réduits lorsqu'il s'agit de pensionnés isolés ou de veuves.

Il n'existe donc, en matière de pensions de vieillesse, pas de véritable pluralisme institutionnel et le montant de la pension est naturellement le même par classes d'assurés.

En conclusion de ce tableau très schématique du régime belge de sécurité sociale, on peut affirmer que la tendance générale depuis la libération du territoire en 1944 a été de restreindre l'autonomie des organismes privés s'occupant de sécurité sociale et par conséquent de développer les pouvoirs des organismes nationaux de caractère plus ou moins public.

Cette tendance est la traduction de l'idée de solidarité qui doit exister entre tous les travailleurs.

Ce n'est pas ici que nous pouvons développer tous les arguments qui militent en faveur de cette thèse.

Relevons simplement que l'unification administrative, l'égalisation des prestations, l'extension du nombre de bénéficiaires ont toujours été inspirées par la volonté de réaliser la sécurité sociale et d'abandonner définitivement le système périmé des assurances sociales.

La dernière réforme de l'assurance-maladie-invalidité

Pour comprendre la portée exacte de cette réforme réalisée par les arrêtés royaux du 31 décembre 1952, il est nécessaire de donner un bref aperçu de l'évolution particulière de l'assurance-maladie-invalidité depuis la libération:

Lorsque, en 1945, l'assurance-maladie-invalidité fut rendue obligatoire pour tous les travailleurs, le législateur n'a pas voulu faire table rase du passé et il a fondé l'organisation administrative de sa réforme sur les cinq grandes unions nationales de mutualités qui existaient à cette époque.

Il les a coiffées d'un organisme central qui est chargé de répartir les fonds, d'assurer l'unité des prestations, de contrôler l'activité des unions nationales et de coordonner les activités pour assurer la sauvegarde de l'intérêt général.

Ce régime devint immédiatement très complexe, car l'assurance-maladie ne se limite pas au remboursement des soins de santé ni au versement des indemnités d'incapacité et d'invalidité.

Selon une conception généralement admise, son effort principal doit se porter sur la médecine préventive et sur la réadaptation des malades et des invalides.

De plus, l'assurance obligatoire s'est trouvée immédiatement devant la nécessité d'assurer tous les risques sans qu'il soit possible de sélectionner les bons et les mauvais risques comme le font toutes les sociétés d'assurances et ainsi que le pratiquaient les mutualités avant la guerre.

Il en est résulté un accroissement considérable des dépenses par rapport aux recettes et fin 1948 le déficit général de l'assurance-maladie-invalidité atteignait 1 milliard 123 millions.

Ce déficit cachait en réalité un inappréciable boni: la restauration de la santé publique handicapée par cinq années de guerre et le maintien du potentiel économique que représente pour une nation une classe laborieuse saine et ayant la possibilité de sauvegarder sa force de travail.

C'est alors qu'intervint à la suite d'un compromis politique une première réforme de l'assurance-maladie-invalidité que notre mouvement syndical a toujours combattue.

En vertu d'un arrêté du régent du 13 janvier 1949, les mutualités étaient rendues responsables de leur gestion financière et les recettes de l'assurance étaient réparties par le Fonds national d'assurance-maladie-invalidité aux organismes assureurs en se basant sur des « critères ».

Jusqu'en 1949, les recettes avaient été en effet réparties simplement au prorata des bons de cotisations remis par les assurés à leurs organismes assureurs.

On voit immédiatement l'injustice de ce régime. En effet, ce n'est pas parce qu'un organisme assureur a parmi ses affiliés les travailleurs gagnant les plus hauts salaires qu'il a les plus fortes dépenses, bien au contraire.

La plupart du temps, ce sont les organismes assureurs groupant les invalides, les chômeurs et les pensionnés qui ont à assumer les plus lourdes dépense.

Le système des critères a pour but de remédier à cette situation.

En se basant sur les critères suivants: rémunération, âge, sexe, composition de la famille, âge des ayants droit, secteur professionnel auquel appartient l'assuré et sa résidence, on évalue la charge possible que représente un affilié pour son organisme assureur.

De cette façon, un organisme assureur touche plus pour un houilleur que pour un employé.

Malheureusement, pour établir ces critères, on ne dispose toujours pas, à l'heure actuelle, de statistiques valables.

On a dû avoir recours à une documentation vieillie et étrangère qui donna lieu à des calculs contenant une très grande part d'erreurs.

La situation assainie momentanément en 1949 empira dans les années suivantes et fin 1952 l'assurance-maladie connaît de nouveau un déficit annuel dépassant 200 millions.

La situation au point de vue social s'aggrave par le fait que la responsabilité financière des mutualités a eu comme conséquence injustifiable d'accorder un important boni fictif aux mutualités chrétiennes et un mal de la même nature à la plupart des autres organismes assureurs et en particulier à l'Union nationale des mutualités socialistes.

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale, M. Van den Daele, ne semble pas vouloir accepter que le déficit de l'assurance-maladie-invalidité résulte en ordre principal de l'insuffisance de la subvention de l'Etat.

En effet; celle-ci est, rappelons-le, de 16% des recettes et, comme en matière de chômage, ce n'est pas dans ce secteur de la sécurité sociale qu'il faut baser les subventions sur les recettes, mais bien uniquement sur les dépenses.

De plus, les cotisations patronales et ouvrières furent fixées en 1945 de façon empirique et l'intervention de l'Etat fut maintenue au même taux que celui d'avant-guerre pour l'assurance libre. On n'a pas tenu compte des nouveaux risques assurés et de l'augmentation constante du coût de la médecine.

Or, seul l'Etat peut couvrir la prise en charge de tous les risques de maladie et d'invalidité, l'augmentation constante du coût de la médecine et de la chirurgie moderne, le traitement des fléaux sociaux tels que la tuberculose et le cancer.

Ensuite, les assurés ont appris à mieux se soigner et il est regrettable qu'en général le corps médical et pharmaceutique n'a vu dans ce phénomène qu'une source accrue de profit.

Pendant toute la campagne que le mouvement socialiste a déclenchée à la suite de cette réforme, il n'a cessé de répéter que la responsabilité financière des mutualités ne pourrait en rien assainir l'assurance puisque son déficit a des causes autrement graves et profondes que la qualité de la gestion financière des organismes assureurs.

Mais ce qui est encore plus alarmant dans la réforme du ministre Van den Daele, c'est la distinction qu'il introduit parmi les soins de santé entre soins qui sont obligatoirement remboursables et ceux pour lesquels les organismes assureurs possèdent la liberté la plus complète.

Jusqu'à l'heure actuelle, partant d'une conception scientifique de la médecine préventive et curative, le législateur belge avait toujours refusé à bon escient de faire une distinction entre les gros et petits risques.

En effet, une indisposition bénigne mal soignée peut entraîner des conséquences physiologiques très graves (par exemple, la tuberculose).

La liberté qui sera laissée à l'avenir dans l'indemnisation des petits risques pourra provoquer toutes sortes d'abus et d'injustices.

En effet, mus par des mobiles de pure concurrence commerciale, certains organismes, pour augmenter leur nombre d'affiliés, pourront être amenés à rembourser les soins de santé à un tarif supérieur à celui qui existait en 1952, tout en sachant bien qu'ils ne pourront tenir longtemps ce rythme de remboursement.

C'est cette conception de la médecine que nous ne pouvons pas admettre.

L'assurance-maladie-invalidité ne peut être régie par une politique de boutiquier comme l'a si bien dit l'ancien ministre Troclet.

Enfin, les pouvoirs de contrôle, la réadaptation des invalides, en un mot la politique médicale qui, dans un pays comme la Belgique, ne peut se trouver qu'entre les mains du gouvernement et d'organismes paritaires a été abandonnée dans la nouvelle réforme à la libre appréciation des organismes assureurs.

On rétablit ainsi l'initiative privée dans un domaine où incontestablement elle ne pourra faire face aux événements.

L'Etat et la collectivité ont abdiqué devant leurs responsabilités naturelles, les travailleurs ne peuvent admettre que la société les rejette seuls devant leurs malheurs comme à l'âge d'or du capitalisme.

Note de la rédaction. – Aux dernières nouvelles, nous apprenons que la Fédération générale du travail de Belgique (F. G. T. B.) a décidé le 29 mars de retirer le préavis de grève qu'elle avait lancé pour protester contre cette prétendue réforme de l'assurance-maladie-invalidité. Le comité de la F. G. T. B. déclare dans une résolution que, grâce à son action, un règlement provisoire du problème de l'assurance-maladie-invalidité vient d'être aménagé qui tient compte des revendications qu'elle avait formulée. Au surplus la centrale syndicale de Belgique a obtenu la garantie qu'une réforme complète du régime allait être engagée.