

Belgique, Etats-Unis

La santé : avec ou sans solidarité ?

L'un des principaux objectifs que s'est fixé M. Barack Obama pour son mandat est l'instauration d'une couverture « soins de santé » universelle garantie par l'Etat. En Belgique, l'un des défis pour les années qui viennent est la préservation de l'Assurance Maladie-Invalidité, reconnue comme particulièrement performante. D'un côté comme de l'autre, efficacité, équité, coût, rôle de l'Etat sont l'objet de débats et de controverses. Ici et outre-Atlantique, la santé sera-t-elle demain accessible à tous sans la solidarité ?

1

Avec le soutien du service Education
permanente de la Communauté
française Wallonie-Bruxelles



Cette analyse est disponible en format pdf (A4) sur notre site www.vivre-ensemble.be. Elle peut être reproduite et publiée. Nous vous demandons de mentionner la source et de nous transmettre copie de la publication. Vivre Ensemble Education, 2009

Liliane a 60 ans. Ouvrière à Herstal, elle a toujours fait partie d'un syndicat, elle a été de toutes les grèves dans son entreprise, de toutes les manifs pour faire valoir les droits des travailleurs. Elle sait que si elle peut se soigner sans trop de frais et attendre une retraite bien méritée, c'est grâce aux luttes de sa génération et des précédentes. Elle sait aussi que son engagement social profitera à ses jeunes collègues, ses enfants, les générations futures.

A 57 ans, Joe est patron de café à Philadelphie. Pour réaliser son rêve, avoir son propre *business*, il en a bavé, pendant des années. Il a travaillé fort, sans compter ses heures. Sa réussite, il ne la doit qu'à lui-même. Bien sûr, il ne gagne pas de l'or en barres : il a par exemple dû renoncer, il y a des années, à se payer une assurance-santé. Heureusement, il n'a pas trop de soucis de ce côté-là. Il recourt rarement au médecin et peut assumer les frais que cela engendre.

Deux citoyens, deux états d'esprit, deux systèmes de soins.

En Belgique, la quasi-totalité de la population est couverte pour ses soins de santé, que ce soit par l'assurance obligatoire via la mutuelle ou grâce à l'aide sociale octroyée par le CPAS. Cette assurance obligatoire est financée par les cotisations sociales (payées par les travailleurs et les employeurs) et par l'Etat (donc par l'impôt). Lorsque Liliane est malade, elle se rend chez son généraliste, ou celui-ci se déplace chez elle si c'est nécessaire. Quand elle a dû être hospitalisée, elle a mesuré la chance d'avoir une assurance-hospitalisation fournie à peu de frais et sans conditions par sa mutuelle.

Le système belge n'est pas parfait, bien entendu. Il n'empêche pas la maladie de faire basculer des citoyens dans la précarité. De trop nombreuses personnes, pour des raisons financières, administratives, psychologiques, ne bénéficient pas de tous les avantages de notre système.¹ Mais, globalement, notre Assurance maladie-invalidité reste équitable et accessible.

En Belgique, l'Etat prend en charge 72,3% des dépenses de santé des citoyens. Aux Etats-Unis, ce pourcentage moyen ne s'élève qu'à 45,1% (2005).

Trois types de systèmes de santé

- Le système à l'américaine : « les individus sont protégés contre les aléas qui menacent leur santé via des assurances volontaires et privées dont les primes sont basées sur les risques associés à chaque individu »².
- Le système d'inspiration bismarckienne fondé sur l'activité professionnelle des individus, en vigueur en Belgique, en Allemagne, en France, aux Pays-Bas.
- Le système d'inspiration beveridgienne, qui assure à tous les citoyens une couverture minimale financée par l'impôt. On le trouve en Espagne, au Royaume-Uni, en Grèce et dans les pays scandinaves³.

¹ Voir les dossiers « La pauvreté nuit gravement à la santé » et « Soins de santé : rechoisir la solidarité », Vivre Ensemble Education, 2008 et 2009.

² L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies, François Daue et David Crainich, Itinera Institute

³ Pour plus de détails sur ces deux systèmes, voir le dossier « Soins de santé, rechoisir la solidarité », Vivre Ensemble Education, 2009.

46 MILLIONS !

Aux Etats-Unis, il n'existe aucun système obligatoire d'assurance-maladie organisé par l'Etat. La majorité des citoyens (environ 2/3 des moins de 65 ans) bénéficient d'une assurance financée par leur employeur. Ces employeurs sont évidemment de grandes entreprises, les plus petites ne pouvant se permettre d'offrir cette assurance à leurs employés.

Le secteur public n'est cependant pas absent de la scène des soins de santé. Il couvre environ un quart de la population, à travers deux programmes : Medicare, d'une part, qui concerne les plus de 65 ans et les personnes gravement handicapées ⁴ ; Medicaid, d'autre part, qui concerne les familles pauvres avec enfants. Ce second programme est géré par les Etats – et porte d'ailleurs un nom différent dans chacun d'eux - : les conditions d'accès et le niveau de services varient d'un Etat à l'autre. Une famille qui remplit les critères pour en bénéficier au Texas ne les remplit pas nécessairement dans l'Ohio.

Les autres citoyens, qu'ils travaillent dans une entreprise qui ne leur paie pas l'assurance soins de santé, qu'ils soient indépendants ou qu'ils n'aient pas d'emploi, doivent payer eux-mêmes une assurance maladie privée. S'ils le peuvent ! Alors que, chez nous, l'emploi est synonyme de couverture santé, il y a aux Etats-Unis beaucoup de personnes qui travaillent mais qui n'ont pas les moyens de s'offrir ce « luxe ». Au total, 46 millions de personnes

n'ont pas de couverture médicale. Dont 10 millions d'enfants.

Car la prime d'une assurance privée est tout sauf négligeable : par exemple, une prime pour une femme et ses trois enfants peut se monter à 616 \$ (+/- 410€) par mois. Un montant « raisonnable » par rapport à d'autres formules, mais qui inclut une franchise de 7000 \$ (4656 €) annuels pour les hospitalisations, le paiement de 50 \$ (+/- 33 €) par consultation médicale et n'inclut pas les médicaments.⁵

Dans ces conditions, cela vaut-il la peine de s'assurer ? Cette question, ceux qui ont le choix sont nombreux à se la poser. Si aucune maladie ou accident grave ne survient, la réponse est non. Mais dans le cas contraire, les frais médicaux peuvent rapidement mettre le patient – et sa famille – sur la paille.

Et, pour ceux qui font le choix de s'assurer, rien n'est gagné : le candidat doit remplir un long questionnaire sur sa santé et celle de sa famille. Ce questionnaire est très utile à la compagnie d'assurance. Il lui sert d'une part à évaluer le niveau de risque que présente le candidat. Si des antécédents familiaux ou personnels laissent penser qu'il pourrait développer une maladie coûteuse, il sera tout bonnement refusé. Il suffit d'avoir subi une opération chirurgicale pour être exclu d'office. D'autre part, ce questionnaire sert, en cas de maladie, à échapper à l'indemnisation : la compagnie va rechercher dans le questionnaire une omission, une imprécision qui permettra

⁴ Personnes en incapacité permanente ou souffrant d'insuffisance rénale grave.

⁵ Témoignage d'Armelle Vincent, sur <http://www.rue89.com/california-dreamin/2009/06/24/lassurance-maladie-aux-etats-unis-un-cauchemar>

d'accuser le patient d'avoir menti, et donc de refuser de l'indemniser.

QUAND LE TEMPS SE GATE...

L'entreprise de Liliane, victime de la crise, a licencié massivement. Liliane se retrouve au chômage. Un fameux coup pour le moral. Elle qui a toujours travaillé, elle tourne en rond, elle déprime. Au bout de quelques mois, elle commence à se plaindre de douleurs au ventre, aux articulations. Ses frais médicaux grimpent en flèche. Même si son budget s'en ressent, la mutuelle prend en charge la plupart des frais.

Pour Joe, les choses tournent au vinaigre aussi : depuis le dépôt de bilan de son établissement, Joe n'est plus si sûr de sa bonne santé. Il y a quelques mois, il a ressenti des douleurs dans la poitrine. Mais il n'a pas couru chez le médecin. Les médecins généralistes demandent des honoraires élevés : ils doivent en effet y inclure les lourds frais administratifs liés aux contentieux avec les multiples compagnies d'assurances, qui cherchent le plus souvent à se dérober au moment de rembourser.

De plus, les généralistes se déplacent de plus en plus rarement à domicile, ce qui favorise le recours aux urgences. Pourtant, celui-ci coûte cher (aux assurances ou aux patients s'ils doivent le payer de leur poche). *« Je savais que le truc à ne pas faire, ce serait d'aller aux urgences, continue Joe, car je sais que si je leur dis que j'ai mal à la poitrine, c'est le cardiologue qui va me voir et tout un tas de spécialistes. Le tout coûterait quoi ? 10 000, 20 000 dollars ? Je n'ai pas cette somme et je ne veux pas avoir à payer une dette pareille jusqu'à la fin de*

*mes jours.»*⁶ Mais le jour où Joe se trouvera réellement en situation critique, il faudra bien qu'il se résolve à se rendre aux urgences...

On le voit : le coût élevé des primes d'assurance entraîne un recours accru aux services d'urgences, qui pousse à son tour à la hausse les frais des assureurs, qui se répercutent sur les primes payées par les patients...

Le coût de la santé privatisée

En plus d'être inefficace, le système de santé étatsunien est le plus cher des pays de l'OCDE. Les assurances privées engendrent en effet des coûts énormes : publicité, rémunération des actionnaires, des courtiers, des avocats, ... Contrairement à la Belgique, où l'INAMI et les mutuelles négocient avec les prestataires de soins le prix et la qualité des soins, les assureurs privés se contentent de répercuter les coûts sur leurs clients en augmentant les primes ou en réduisant la couverture. Chiffres révélateurs : **il y a plus d'employés d'assurance santé pour la seule ville de Boston (600 000 habitants) que d'employés du système de santé au Canada (34 millions d'habitants) !**

Pourquoi donc, dans ces conditions, tant d'Américains s'opposent-ils si farouchement au plan du Président Obama qui veut mettre en place une couverture médicale universelle, parallèlement au système de santé privé ?

⁶ <http://www.france24.com/fr/20090824-etats-unis-politique-sante-obama-reforme-republicain-extreme-droite>

LIBERTE, SOLIDARITE

« Je n'aime pas que le gouvernement se mêle de mes affaires. Je suis Américaine, je suis indépendante et je tiens à mes libertés. Je ne veux pas que l'Etat s'occupe de moi », explique Patty Anderson, mère au foyer venue manifester devant l'une des nombreuses réunions publiques organisées pour expliquer la réforme Obama.⁷

Il y a en effet une grande différence culturelle entre les Européens et les Américains (USA)⁸ : la société américaine est fondée sur l'individu, elle valorise les parcours personnels (le modèle du/de la « self made man/woman »). Pour beaucoup d'Américains, toute intervention de l'Etat est une incursion malvenue dans leur vie privée. Dans nos pays, au contraire, la tradition de l'Etat-providence met en avant la responsabilité collective dans le bien-être individuel.

Mais cet individualisme n'explique pas tout. Derrière le système actuel, il y a les assureurs privés, qui n'ont aucun intérêt à ce qu'un système meilleur marché et plus efficace vienne les concurrencer. Car M. Obama ne veut pas supprimer les assurances privées : il veut mettre en place un système public qui

⁷ <http://www.france24.com/fr/20090824-etats-unis-politique-sante-obama-reforme-republicain-extreme-droite>

⁸ Une description si sommaire ne peut échapper au danger de la caricature ; on la prendra donc avec les précautions qui s'imposent...

Derrière le système américain actuel, il y a les assureurs privés, qui n'ont aucun intérêt à ce qu'un système meilleur marché et plus efficace vienne les concurrencer.

cohabiterait avec le système privé. Et il est clair que ce dernier perdrait beaucoup de clients.

Les compagnies d'assurances mènent donc campagne pour rallier l'opinion publique à leur cause. Barack Obama est accusé, pêle-mêle, de vouloir mettre en place un système « socialiste » (l'épouvantail par excellence), de rationner les soins de santé, de vouloir offrir une couverture soins de santé gratuite aux immigrés clandestins, d'empêcher le libre choix du patient,... Des affiches maquillées associent même le président à Adolf Hitler.

Il est vrai que les assureurs privés sont en mauvaise posture : l'instauration d'une couverture santé universelle leur ferait perdre des clients. Mais, dans la situation actuelle, ils en perdent aussi, puisque de plus en plus de citoyens soit n'ont pas les moyens de se payer une assurance, soit choisissent de ne pas s'assurer.

HOSPITALISATION : IL Y A ASSURANCE ET ASSURANCE !

L'assurance hospitalisation est un bel exemple du conflit entre l'intérêt du patient - ne pas être ruiné en cas d'hospitalisation - et celui des assureurs privés - indemniser le moins possible leurs clients pour faire du bénéfice et rémunérer ainsi leurs actionnaires. Les personnes en mauvaise santé sont des clients indésirables, alors que ce sont elles qui ont le plus besoin d'être assurées.

En Belgique, les assureurs privés, s'ils ne fonctionnent pas encore à l'américaine, imposent néanmoins des conditions et restrictions à leurs clients en fonction de leur âge et de leur état de santé. Ils ne peuvent pas refuser d'assurer une personne qui en fait la demande. Ils peuvent cependant exclure de la couverture certaines affections existantes. Si vous avez déjà été victime un accident cardiaque, par exemple, vous pouvez contracter une assurance hospitalisation, mais elle ne couvrira pas vos frais en cas de nouvel accident cardiaque. S'applique ainsi un principe de base en assurance : « un assureur ne peut accorder son intervention que pour un élément incertain, un risque qui ne s'est pas encore réalisé »⁹.

Moins cher ? Moins couvert !

Les primes d'assurance-hospitalisation privées ont augmenté ces dernières années, au point que certains assurés ont dû résilier leur contrat. Face à cela, le ministre des Finances, M. Reynders, a demandé à Assuralia, la fédération belge des entreprises d'assurances, d'élaborer un code de conduite. En voici la teneur : les assurés qui estiment que la prime de leur assurance hospitalisation devient trop chère se verront proposer une prime moins élevée avec, bien entendu, une couverture réduite également. Ainsi, si le contrat prévoyait une intervention dans les suppléments pour chambre individuelle, sa version « bon

marché » ne couvrira plus que l'hospitalisation en chambre à deux lits. La franchise peut également être revue à la hausse. Une façon discutable de faire baisser les coûts de l'assurance...

Une assurance-hospitalisation obligatoire serait plus équitable mais aussi économiquement plus efficace.

Face à cette situation où ceux qui en ont le plus besoin sont les moins bien assurés, la mutualité chrétienne a lancé en 2000 une assurance hospitalisation solidaire. Financée par tous les membres à raison de quelques euros mensuels compris dans la cotisation d'affiliation, elle est accessible à tous et toutes, sans discrimination d'état de santé ni d'âge. Elle concerne l'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, avec une franchise de 275 € par hospitalisation et la garantie de ne pas payer plus de 550 € de frais hospitaliers en un an. Des formules facultatives sont proposées, qui offrent une couverture plus étendue, notamment pour les suppléments en chambre individuelle et les soins pré- et post-hospitalisation. D'autres mutualités ont suivi le mouvement, selon des modalités variables.

Les assureurs privés ont réagi en déposant plainte pour concurrence déloyale auprès de la Commission européenne. Cette dernière a enjoint l'Etat belge d'appliquer aux mutuelles les règles édictées par les directives européennes en ce qui concerne les assurances, ce qui aurait réduit le rôle des mutuelles à la gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Face à cette menace pour l'existence même des mutuelles, le Gouvernement belge a demandé aux deux parties de trouver un

⁹ Sur le site du médiateur des assurances : http://www.ombudsman.as/fr/faq/index.asp?submit=submit&SearchCategory=17&SearchSubCategory=16&id_faq=381&Keyword=

accord. Après de nombreuses discussions, cet accord a été trouvé et a pris la forme d'un avant-projet de Loi, adopté le 13 novembre 2009. Lorsque cette loi entrera en vigueur, les assurances facultatives (pas seulement hospitalisation) des mutualités seront désormais soumises aux mêmes règles que les autres assurances (taxes et dispositions financières). Par contre, elles seront considérées comme des services d'intérêt général et non comme des activités économiques et resteront donc régies par la loi de 1990 sur les mutualités.¹⁰ La concurrence déloyale ne pourra donc plus être invoquée.

La Belgique pourrait aller encore plus loin en mettant sur pied une assurance hospitalisation obligatoire. Plus équitable, elle serait aussi économiquement plus efficace. C'est en tout cas l'avis exprimé par Jean Hermesse, Secrétaire général des Mutualités chrétiennes.¹¹

CONCLUSION

D'un côté, la tentative de Barack Obama de rendre plus social un système largement privatisé qui exclut un Américain sur cinq. De l'autre, un système performant (mais perfectible), menacé par la marchandisation et confronté à des défis pour son avenir (vieillesse, austérité budgétaire, dualisation,...).

Un système de soins fondé sur la solidarité entre tous les citoyens et garanti par l'Etat appartient-il au passé ou à l'avenir ? Les arguments à prendre en compte sont éthiques, mais aussi économiques : le système américain est le plus coûteux des pays de l'OCDE, et on ne peut pas dire qu'il soit le plus efficace.

Face à la fragilité – dans ce cas-ci en matière de santé, mais c'est aussi vrai plus généralement -, seul un système solidaire peut être efficace (socialement et économiquement) et équitable. Chez nous ou aux Etats-Unis, l'Etat saura-t-il imposer la primauté de l'équité face à la loi du profit ?

Isabelle Franck
Vivre Ensemble Education
décembre 2009

¹⁰ voir

http://www.enmarche.be/Actualite/Editos/Editos_2008/Mutualites_assureurs_terrain_dentente.htm

¹¹ Voir

http://www.enmarche.be/Actualite/Editos/Editos_2009/Approche_sociale_moins_chere.htm et le dossier

« Soins de santé : rechoisir la solidarité », Vivre Ensemble Education, 2009, p. 33.

