

ETUDE de l'Université des Femmes 1/2008
sur le thème :

**L'égalité de traitement entre hommes et femmes
dans l'assurance soins de santé.***

Hedwige Peemans-Poullet

Introduction

En 1994, le Ministère de la Prévoyance Sociale avait, grâce à l'intervention de sa Secrétaire Générale, Madame G. Clotuche, confié à l'Université des Femmes une recherche en vue d'identifier les parts respectives des droits individuels et des droits dérivés dans l'Assurance Maladie-Invalidité (1). Celle-ci comprend deux grands ensembles dont le premier, l'assurance maladie-invalidité au sens strict, octroie aux travailleurs en incapacité primaire ou en invalidité un revenu de remplacement de leur rémunération perdue plafonnée et dont le second, l'assurance soins de santé, octroie les remboursements partiels ou complets des dépenses assurables effectuées par ou pour des bénéficiaires. Le but de la recherche était de soumettre cette branche de la sécurité sociale à un examen en vue d'établir l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans la sécurité sociale telle que visée par la Directive 79/7 CEE.

Or, en ce qui concerne le revenu de remplacement en cas d'incapacité ou d'invalidité, la **nature** des discriminations entre travailleurs et travailleuses n'a pas changé depuis nos analyses de 1994. Il s'agit aussi bien de la majoration octroyée au titulaire ayant charge de famille (*droit dérivé*) que de la *réduction* imposée au *droit direct* des isolés et des cohabitants.

En 1997, une nouvelle **évaluation** de la partie «*droit dérivé*» de cette discrimination avait révélé qu'elle représentait un peu plus de 30 % de la dépense totale (2) tandis que la perte de «*droits directs*» des cohabitants représentait plus de 2 milliards 933 millions de FB. Une nouvelle actualisation de ces données sera présentée par Jan Bertels, Directeur général de la Sécurité sociale, au cours de la journée d'étude sur l'individualisation des droits en sécurité sociale qui aura lieu ce 15 décembre. (3)

En ce qui concerne l'assurance soins de santé, les choses se présentent d'une manière différente. A cette époque, nous avons constaté que si les adultes gratuitement à charge d'une titulaire avaient participé aux ressources de l'assurance soins de santé, celle-ci n'aurait plus eu de problèmes de financement et aurait même pu améliorer le remboursement des dépenses de santé des malades. Les pouvoirs politiques et sociaux sont restés sourds à nos arguments et la législation a sensiblement évolué mais pas dans le sens d'une individualisation, bien au contraire. Il m'a paru donc nécessaire de consacrer cet article à cette évolution et à son interprétation au regard de l'individualisation des droits.

Parler de l'individualisation des droits dans l'assurance soins de santé est un exercice difficile. En effet, depuis la deuxième guerre, les responsables sociaux et politiques se sont attachés d'une part, à *généraliser* progressivement l'accès à l'assurance soins de santé et d'autre part, à garantir aux assurés *l'accessibilité financière* aux soins. Aujourd'hui, concrètement, l'ensemble de la population résidant en Belgique, a accès d'une manière ou d'une autre à l'assurance soins de santé. Au surplus, même la population résidant de manière illégale en Belgique a le droit de recevoir des soins médicaux pour autant que ceux-ci soient urgents. Ainsi, la *généralisation* du droit aux soins de santé étant acquise, certains pensent qu'il n'est plus nécessaire de poser la question de l'individualisation.

Or, cette généralisation si souhaitable en soi, s'est cependant réalisée au prix d'inégalités sociales et de distorsions plus ou moins contestables. Il ne faudrait pas confondre cette *généralisation* ou cette *extension* de l'assurance avec une *universalité* comme l'écrit M.-Th. Lanquetin à propos de la réforme de 1999 qui a instauré, en France, la Couverture Maladie Universelle (CMU) : cette réforme critique-t-elle *«s'inscrit dans une logique d'extension et non d'universalité [...] elle obéit aux modalités d'évolution du système de protection sociale[...]». Celles-ci sont caractérisées par l'empilement de réformes successives (par stratification, sédimentation). Et plus loin : «Les "ayants droit autonomes" (conjointes, concubins, ascendants), contradiction dans les termes, qui auraient pu faire penser à une individualisation des droits, renvoient en fait à une individualisation des prestations plus exactement de leur remboursement, sans pour autant modifier la titularité des droits» (4).*

Nous dirons de manière plus précise que nos travaux sur l'individualisation des droits se situent moins dans la perspective d'une discussion sur la *généralisation* ou l'*universalité* du droit aux soins (5) que dans celle de la Directive 79/7CEE exigeant *l'égalité de traitement* entre les hommes et les femmes dans le domaine de la sécurité sociale, ce qui, bien entendu, ne contrevient nullement aux principes de généralisation ou d'universalité mais exige, lors de leur mise en œuvre, l'égalité de traitement entre hommes et femmes. En effet, selon la Commission européenne, une *«individualisation des droits viserait à mettre un terme à la pratique qui consiste à tenir compte des liens familiaux (6) pour assurer la protection sociale d'un individu. Elle contribuerait à aligner la protection sociale sur la législation régissant les contrats de travail, laquelle considère les travailleurs comme des individus.» (7)*

Cette exigence d'égalité de traitement entre hommes et femmes concerne l'obligation de cotiser, le mode de calcul des cotisations, les modalités d'application du droit aux prestations, les conditions de durée et de maintien de ce droit aux prestations. Il faut donc obtenir qu'à égalité de traitement pour l'établissement des cotisations sociales corresponde une égalité de traitement pour l'octroi des prestations. Pour comparer ce qui est comparable, il faudrait retenir la même unité de mesure, l'individu, tant au moment de l'affiliation qu'au moment de l'octroi des prestations. Ce qui n'est pas le cas chez nous. C'est pourquoi, dans une première étape, nous analyserons les conditions d'ouverture du droit à l'assurance soins de santé et dans une deuxième étape les conditions d'octroi des prestations autrement dit des remboursements

Première partie : l'assujettissement à l'assurance soins de santé

Le principe fondateur de l'assurance soins de santé est le mutualisme, développé en «assurances sociales libres» avant de devenir, avec le principe de l'obligation, la «sécurité sociale» proprement dite. Au fil des ans, toutes les mesures adoptées, au coup par coup, pour inclure un maximum de bénéficiaires et préserver le difficile équilibre financier de l'assurance ont fini par occulter ces principes fondateurs qui reposent sur une double solidarité, la solidarité sociale ou solidarité verticale qui opère une redistribution socio-économique et la solidarité horizontale entre bien portants et malades.

L'assujettissement devrait mettre en œuvre le principe de la solidarité sociale c'est-à-dire une redistribution sociale par le fait que les assujettis contribuent en fonction de leurs revenus et non pas en fonction des risques encourus. Autrement dit, ceux qui ont des revenus élevés contribuent le plus alors qu'ils sont, en moyenne, moins malades que ceux qui ont des revenus modestes.

Actuellement, l'assujettissement à l'assurance soins de santé se réalise par trois voies différentes très inégalement impliquées dans ces principes fondateurs :

→ la présence présente ou passée sur le *marché du travail* et la perception de cotisations sociales **individuelles**, réelles ou fictives, basées sur la rémunération ou parfois sur les revenus de remplacement ; ces assurés sont titulaires de **droits directs** ;

→ la *résidence* présente en Belgique, connue par l'inscription du résident dans le registre national, et une **contribution forfaitaire** ou nulle, se basant sur une enquête sur les revenus ; ces assurés sont titulaires de **droits personnels** ;

→ le *mariage ou la cohabitation* d'un adulte avec un titulaire d'une des deux catégories précitées ; l'assujettissement est alors **gratuit** pour autant que ce conjoint/cohabitant n'ait pas ou peu de revenus professionnels ou de remplacement ; ces assurés sont titulaires de **droits dérivés**.

Examinons plus en détail ces trois catégories ayants droit.

1. Les titulaires de droits directs acquis sur base de l'intégration au marché du travail.

Les assujettis qui acquièrent leurs droits par leur intégration au marché du travail, comme salariés, indépendants ou agents des services publics, forment la grande majorité des assurés. Ils se subdivisent en deux catégories : les titulaires indemnisables primaires (T.I.P.) qui ont droit, le cas échéant, aux indemnités d'incapacité ou d'invalidité et les titulaires non indemnisables (8). Les uns et les autres ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé.

Leur relation avec le marché du travail peut se présenter de plusieurs manières différentes :

- soit, ils exercent **actuellement** une activité professionnelle *déclarée* avec une rémunération sur laquelle une *cotisation sociale est perçue et solidarisée*.

- Les travailleurs salariés et les agents des services publics paient une cotisation globale sur la totalité de leur rémunération ; la partie réservée à l'assurance soins de santé représente 7,35 % de cette rémunération ; ce pourcentage se réfère à la situation antérieure à la perception globale des cotisations et à ce que paient, aujourd'hui encore, les agents des services publics.
- Pour les indépendants, le prélèvement des cotisations sur les revenus est plus complexe et moins équitable ; les taux de cotisations sont établis par tranches de revenus nets ; au-delà d'un certain plafond, les revenus ne sont plus soumis aux cotisations.
- soit, ils ont été occupés, ont cotisé mais sont **temporairement** bénéficiaires d'un revenu de remplacement. Ces titulaires restent assurés parce que ces *périodes sont assimilées à des périodes de travail effectif*. Ces revenus de remplacement ne sont pas soumises aux prélèvements de cotisations. Il s'agit des situations suivantes :
 - incapacité primaire
 - invalidité
 - congé de maternité
 - congé de paternité (partim)
 - chômage enregistré (y compris les jeunes en période d'attente)
 - interruption de carrière/crédit temps
 - congés spécifiques (congé parental, assistance médicale, soins palliatifs, congé d'accueil)
 - accidents du travail et maladies professionnelles
 - prépension (*attention* : pour la prépension conventionnelle, la cotisation prélevée sur le supplément versé par l'employeur, est due à l'ONEM et à l'ONP,)
- soit, ils ont été occupés, ont cotisé mais sont **définitivement** bénéficiaires d'une pension de retraite. Pour l'assurance soins de santé, une cotisation de 3,55 % est prélevée sur les pensions et autres avantages complémentaires pour autant que ce prélèvement ne réduise pas ces pensions et compléments à un montant inférieur à 1.137, 08 € par mois pour les pensionnés *sans personne à charge* ou 1.347,61 € par mois pour les pensionnés *ayant une personne à charge* (2007). Dans ce cas, le fait d'avoir une personne à charge *réduit* la cotisation à payer. Il y a donc une *modulation familiale* de la cotisation alors que la personne à charge bénéficie déjà gratuitement de l'assujettissement.

2. Les titulaires de droits personnels acquis sur base de leur inscription au Registre National.

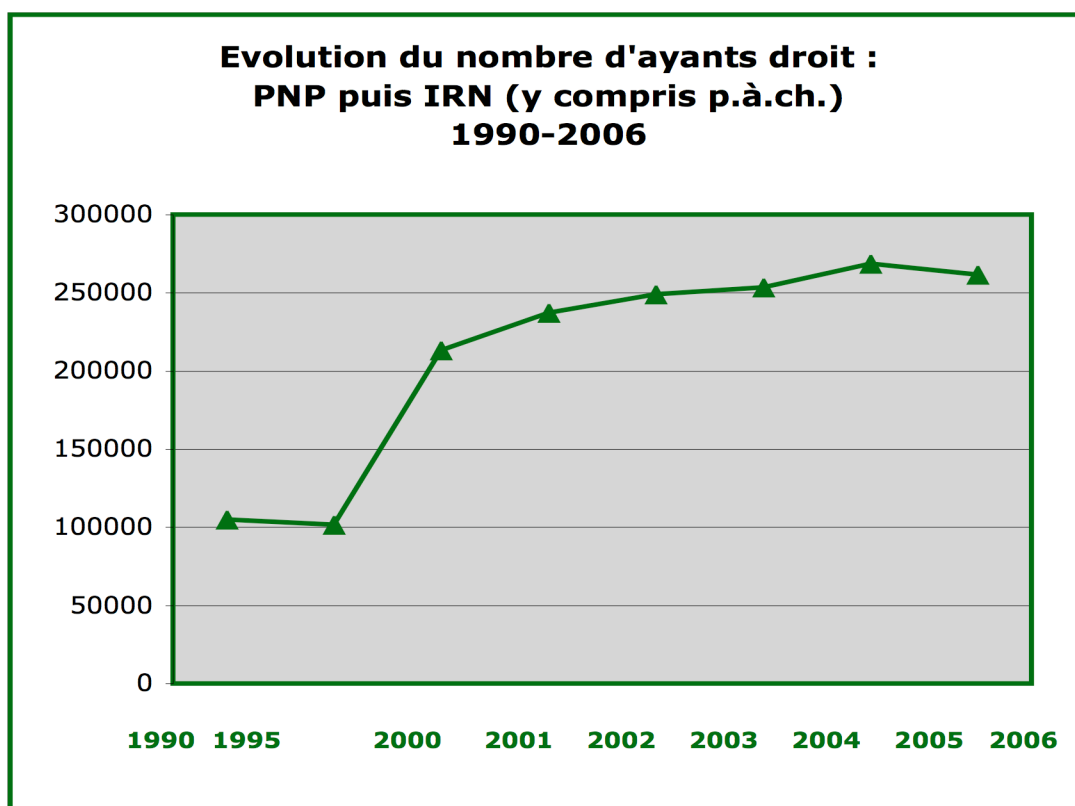
Une autre catégorie d'assujettis à l'assurance soins de santé peut acquérir des droits personnels sur base de son Inscription au Registre National. Ce sont les assurés IRN.

Cet assujettissement est utilisé jusqu'à présent si aucune autre forme d'accès au droit n'est disponible, c'est-à-dire si la personne n'est affiliée ni sur la base de son intégration présente ou passée au *marché du travail* ni comme *personne à charge* d'un titulaire.

Cette possibilité d'ouvrir le droit à l'assurance a été élargie par un Arrêté Royal (A.R.) de 1997, adopté en principe, pour résoudre, le problème des personnes non protégées dites P.N.P. Ces PNP, parmi lesquelles figurait bon nombre de femmes divorcées *pouvaient* s'assurer personnellement depuis 1969 mais elles n'étaient *pas obligées* de le faire. Actuellement, elles sont donc tenues de s'inscrire comme IRN. Cette situation des femmes divorcées qui auparavant étaient assurées gratuitement comme personne à charge de leur conjoint ou cohabitant mérite encore réflexion. À partir du divorce ou de la fin de la cohabitation, elles doivent faire une démarche personnelle et éventuellement contribuer à l'assurance sur base de leurs revenus propres ; pendant ce temps, leur ex-conjoint ou cohabitant peut, une nouvelle fois, procurer gratuitement l'assujettissement à une autre personne adulte à sa charge qui, elle-même n'est soumise à aucune formalité.(9)

Cet Arrêté Royal de 1997 a cependant une portée plus large. Il a fait glisser dans le régime général de *l'assurance* plusieurs catégories de personnes qui avaient droit gratuitement aux soins dans le cadre de *l'assistance*. Parmi les catégories de personnes dont les frais médicaux étaient couverts par les CPAS figuraient notamment les bénéficiaires du MINIMEX (aujourd'hui RIS) ou de l'aide sociale ou encore du RGPA (aujourd'hui GRAPA pour Garantie de revenus aux personnes âgées). La nouvelle législation a donc élargi le champ d'application de *l'obligation* d'assujettissement à l'assurance.

Le nombre des assurés sociaux IRN s'est ainsi sensiblement accru à partir de 1997 comme le montre le graphique suivant.



Graphique HPP ; Source : Vade Mecum, SPF Sécurité sociale.

Les affiliés IRN doivent payer une cotisation en fonction de leurs revenus. Le montant de cette cotisation dépend donc d'une enquête effective (10) ou fictive (11) sur leurs ressources. Cette enquête est très sommaire tant pour les revenus très élevés que pour les revenus modestes. Dans l'immense majorité des cas, soit $\pm 93,5\%$ de ces IRN, l'enquête aboutit à l'exonération de la cotisation. Seuls quelque $6,5\%$ des IRN ont une cotisation à payer.

Les détenteurs des revenus les plus élevés, soit 4% de l'ensemble des IRN, paient une *cotisation dite complète*, qui est actuellement de ± 601 € par trimestre (soit 2.404 € par an) pour des revenus annuels brut dépassant les 30.820 € par an (ou plus s'il y a une personne à charge). Cette cotisation est forfaitaire et donc pas proportionnelle à la totalité des revenus. Ce groupe d'IRN est traité un peu comme les assujettis du régime des indépendants et professions libérales, or dans cette catégorie figurent non seulement des administrateurs de sociétés ou des rentiers mais aussi des ministres, des parlementaires et d'autres mandataires publics dont les revenus publics sont parfaitement connus et qui devraient être soumis aux mêmes cotisations que les agents des services publics.

Le deuxième groupe d'IRN payant une cotisation représente $1,1\%$ de l'ensemble des IRN. Pour un revenu annuel qui se situe entre le montant précédent (30.820 €/an) et le montant qui donne droit aux *remboursements préférentiels* en soins de santé, (12) ces titulaires paient une cotisation forfaitaire de ± 300 € par trimestre (soit 1200 € par an).

Le troisième groupe à payer une cotisation représente $1,4\%$ de l'ensemble des IRN; ces titulaires ont des revenus se situant entre ceux qui donnent droit à un *remboursement préférentiel* (statut BIM) et les divers revenus de l'assistance (RIS) ; ils doivent payer une cotisation de ± 51 € par trimestre (soit 204 € par an).

Cette législation a adopté une *modulation familiale de la cotisation*, disposition particulièrement contestable : en effet, ici la cotisation est indirectement réduite si le titulaire a au moins une personne à charge. En effet, s'il est isolé, il paie la cotisation pleine dès que son revenu dépasse les 30.820 € par an, mais s'il a une personne à charge, il ne paie cette cotisation pleine que si son revenu dépasse les 33.257 € par mois. La personne à charge lui procure une sorte de franchise de cotisation portant sur plus de 2.707 € par an alors que cette personne à charge bénéficie déjà gratuitement de l'affiliation à l'assurance soins de santé.

Si on compare les conditions d'assujettissement de ces trois catégories d'IRN avec celle des actifs occupés, la disparité saute aux yeux : les salariés et les agents des services publics paient leurs cotisations, en pourcentage, sur l'entièreté de leur rémunération et ils n'ont évidemment pas droit à une réduction de cotisation s'ils ont une personne à charge. Nous observons ici qu'en sécurité sociale, les dispositions les plus récentes renforcent le caractère familialiste interdit par la Directive 79/7 CEE alors que les autorités sociales et politiques prétendent souvent que les droits dérivés sont spontanément en voie d'extinction.

Le plus grand nombre des IRN, soit $93,5\%$, est affilié gratuitement. Il s'agit de personnes dont les revenus annuels sont équivalents, au maximum, à 12 fois le RIS et d'autres bénéficiaires de revenus de l'assistance ou de l'aide sociale. (13)

3. Les titulaires de droits dérivés du mariage ou de la cohabitation

La troisième catégorie d'assujettis à l'assurance soins de santé regroupe les personnes *qui sont à charge ou ont été à charge* d'un titulaire d'une des deux catégories précédentes, c'est à dire des titulaires de droits directs (marché du travail) ou des titulaires de droits personnels (IRN).

*§ 1. Personnes qui sont **actuellement** à charge d'un titulaire de droits directs ou d'un titulaire de droits personnels.*

Les personnes qui sont actuellement à charge d'un titulaire de droits individuels directs ou de droits personnels se répartissent en deux groupes : les personnes à charge en raison d'un lien de **parenté** avec ce titulaire (c'est-à-dire les descendants et les ascendants) (14), et les personnes à charge en raison d'un lien d'**alliance** (mariage) ou de **cohabitation** avec ce titulaire.

Ici, nous nous occupons seulement de ce deuxième groupe qui concerne les **conjoint**s ou les **partenaires de vie** des titulaires précités. Un titulaire ne peut avoir qu'un seul conjoint ou partenaire de vie à sa charge et ne peut avoir de partenaire à charge si, par ailleurs, il a un conjoint qui est lui-même titulaire.

Ces personnes à charge ne doivent payer aucune cotisation sociale ; elles sont assujetties gratuitement. La seule condition requise pour pouvoir être considérée comme «à charge», c'est de ne pas disposer de revenus *professionnels ou sociaux* supérieurs (en 2007), à 8.099,72 € par an soit 675 € par mois (± 27.229 FB).

Ce plafond, assez élevé, est contestable si on le compare à la rémunération d'une femme mariée travaillant à temps partiel et payant des cotisations sociales sur la totalité de sa rémunération. Il crée une confusion qui peut être considérée comme une incitation au travail à temps partiel et au travail en noir.

De plus, pour pouvoir être considéré comme «à charge», ne sont pris en considération que les revenus liés au marché du travail.

Ne sont donc pas pris en considération :

- les revenus mobiliers ou immobiliers de la personne «à charge» ;
- le revenu fictif qui lui est (éventuellement) attribué par l'application du quotient conjugal.

C'est pour toutes ces raisons que l'assujettissement accordé gratuitement à une personne à charge est considéré comme un «piège à l'emploi» pour des femmes qui sont mariées ou partenaires de vie d'un titulaire. Si, après 1945, ces droits dérivés attribués gratuitement ont permis une large extension du droit à l'assurance soins de santé, aujourd'hui, par contre, ils contribuent à écarter bon nombre de femmes du marché du travail tout en les rendant dépendantes d'une relation avec un titulaire. Une telle disposition est d'ailleurs en contradiction flagrante avec la stratégie de Lisbonne qui ambitionne de relever le taux d'activité des femmes. En effet, pourquoi une femme mariée ou cohabitante se donnerait-elle la peine de travailler si elle dispose déjà du même droit qu'en ne travaillant pas ?

Soulignons encore que l'adulte qui est à charge de son conjoint ou cohabitant n'a pas nécessairement d'enfant. Cette disposition qui est souvent présentée comme *familialiste* ou favorable à la *famille* est avant tout une prérogative destinée au titulaire, presque toujours masculin, conjoint ou cohabitant de cette personne «à charge» qui est presque toujours une femme. C'est donc une disposition patriarcale bien plus que familialiste.

Malgré l'accroissement continu du taux d'activité des femmes, il y avait encore toujours, en 2006 dans le seul régime des travailleurs salariés, **733.340** adultes affiliées gratuitement à l'assurance soins de santé sur base de ce droit dérivé du conjoint ou du partenaire de vie (15).

Les divers titulaires ayant à leur charge un conjoint/partenaire de vie se répartissaient de la manière suivante :

- 7,8 % des actifs (16) + conjoint/partenaire, soit **324.123** personnes à charge
- 12,8 % des invalides " " " " " soit **27.041** " "
- 5,4 % des handicapés " " " " " soit **3.817** " "
- 28,5 % des pensionnés " " " " " soit **355.906** personnes à charge
- 0,6 % des survivants et orphelins " " " " " soit **2.485** " "
- 11,5 % des assurés IRN " " " " " soit **19.968** personnes à charge

Il va sans dire que dans l'immense majorité des cas, ces personnes à charge sont des femmes.

Soulignons, aussi, que ces droits dérivés peuvent faire «boule de neige»: ainsi les conjoints/partenaires de vie qui sont à charge (17) d'un titulaire chômeur, invalide, pensionné ou handicapé... bénéficient non seulement de l'assujettissement gratuit à l'assurance mais ils permettent aussi à ce titulaire d'obtenir une *majoration de son indemnité*, de sa *pension* ou de son *allocation*. Ils peuvent être incités à se retirer partiellement ou totalement du marché du travail à cause de cette majoration attribuable, le cas échéant, à leur conjoint/partenaire.

Exemple :

Un invalide récent (à partir du 1/01/2007) touche au maximum :
→ 76,33 € par jour s'il a une personne à charge
→ 62,24 € par jour s'il est isolé
soit une différence de 14,09 € par jour ou ± 422 € par mois
→ S'il est cohabitant, il touche au maximum 46,97 € par jour.
la différence entre un titulaire avec charge et un cohabitant est de
29,36 € par jour ou ± 880 € par mois

§ 2. Personnes qui, **auparavant**, ont été à charge d'un titulaire de droits directs ou de droits personnels.

Le fait d'avoir été auparavant à charge d'un titulaire et d'en être actuellement divorcé(e) ou en rupture de cohabitation ou encore survivant(e) entraîne de nouvelles situations et pour deux d'entre elles de nouveaux droits qui restent dérivés d'un précédent mariage.

→ En cas de divorce [attention : ici c'est seulement le *mariage* qui est pris en compte] deux situations peuvent se présenter :

- avant l'âge de 65 ans : les personnes qui étaient mariées et à charge d'un titulaire vont devoir s'affilier personnellement comme IRN, ou devoir retrouver des droits directs sur base de l'insertion sur le marché du travail.
- à partir de 65 ans, les personnes qui étaient mariées et à charge d'un titulaire et qui obtiennent une pension de divorcé(e) (18) deviennent ainsi assujetties à l'assurance soins de santé au même titre que les autres titulaires de pensions. Une cotisation pour les soins de santé sera éventuellement retenue sur la pensions de divorcé(e) dans les mêmes conditions que pour les autres types de pensions (voir ci-dessous).

→ La rupture de la cohabitation entraîne une situation différente. La personne, qui était à charge d'un titulaire cohabitant, n'a plus aucun droit. Elle va devoir s'affilier à l'assurance soins de santé comme IRN et chercher à s'intégrer au marché du travail.

Les créances alimentaires (19) éventuellement dues par l'ex-conjoint ou l'ex-cohabitant sont désormais limitées dans le temps puisqu'elles ne peuvent dépasser la durée du mariage ou de la cohabitation. De toutes manières, elles n'ouvrent aucun droit dans la sécurité sociale.

→ En cas de veuvage, deux situations peuvent également se présenter et entraîner des conditions différentes que nous n'exposerons pas ici :

- le veuvage survenant avant l'âge de 45 ans avec ou sans présence d'enfant à charge (20) ;
- le veuvage survenant après cet âge.

En toute hypothèse, les personnes qui obtiennent une pension de survie de leur défunt conjoint, [attention : ici c'est seulement le *mariage* qui est pris en compte] et qui, à ce titre, deviennent titulaires de l'assurance soins de santé comme les autres pensionnés devront verser une cotisation de 3,55% sur la partie de leur pension qui dépasse un certain seuil. En 2007, ce seuil était de 1.137, 08 € par mois pour les pensionnés *sans personne à charge* ou 1.347,61 € par mois pour les pensionnés *avec personne à charge*. Il y a donc ici aussi *cette modulation familiale de la cotisation sociale* alors que toute personne «à charge» bénéficie déjà gratuitement de l'assujettissement à l'assurance soins de santé.

Pour terminer cette première partie, comparons encore les exigences que le droit du travail et de la sécurité imposent à juste titre aux titulaires de droits individuels directs qui solidarisant leurs revenus avec le laxisme inconditionnel de la gratuité de l'assujettissement des personnes «à charge».

Quelques exemples à méditer :

- Les titulaires dont l'activité professionnelle annuelle ne procure pas un certain niveau de cotisations doivent compléter celles-ci par le versement d'une cotisation

personnelle. Pour une adulte de plus de 21 ans, la valeur annuelle minimale des documents de cotisations doit correspondre à quatre fois le revenu mensuel minimum garanti (soit, en 2008, 4 X 1.387,49 €).

- Dans certaines circonstances considérées comme «dignes d'intérêt» (ex. congé sans solde, détention préventive...), un titulaire peut bénéficier pendant une période limitée d'une «assurance continuée» pendant laquelle, il lui faudra verser une cotisation forfaitaire mensuelle qui, pour un adulte de plus de 21 ans, s'élève à 36,75 €.
- Les pensionnés (retraite, survie...) dont la pension correspond à une carrière professionnelle inférieure à un tiers de carrière complète doivent payer une cotisation complémentaire personnelle de 18,86 € par trimestre s'il n'y a *pas de personne à charge* mais de 28,33 € s'il y a *une personne à charge*, soit une majoration de cotisation de 9,47 € pour la personne à charge. Il s'agit d'un très petit nombre de cas mais cette disposition, si proche de la philosophie de l'assurance sociale, mérite d'être citée parce qu'elle met en évidence l'anomalie relevée plus haut à propos de la *modulation familiale des cotisations* pour les Titulaires IRN et pour certains pensionnés.

Conclusions de cette première partie

Le statut de «personne à charge» procure, sans autre condition que le mariage ou la cohabitation ainsi que l'exclusion totale ou partielle de revenus professionnels ou sociaux, la gratuité de l'assujettissement à l'assurance soins de santé.

Dans la grande majorité des cas, les titulaires qui ont un conjoint/partenaire de vie à charge sont des hommes.

Pour les femmes mariées ou partenaires de vie, l'insertion sur le marché du travail est continuellement brouillée par des raisonnements qui relèvent d'une sorte d'ingénierie sociale qui consiste à comparer les coûts et bénéfices des droits dérivés avec ceux du travail professionnel.

Etre «à charge» peut, en effet, couvrir diverses situations :

- soit la conjointe/cohabitante «*est au foyer*»
 - sans revenus mobiliers ou immobiliers personnels
 - avec des revenus patrimoniaux ;
 - sans aide pour le travail familial et ménager ;
 - avec une ou plusieurs aides pour le travail ménager et familial ;
 - avec ou sans le bénéfice d'un «*quotient conjugal*» (plus ou moins important) ;
- soit la conjointe/cohabitante gagne un *petit revenu professionnel déclaré* sur lequel des cotisations sociales sont perçues. Ces cotisations sont «perdues» pour elle, si elle reste assujettie gratuitement comme personne à charge; on peut y voir une incitation au travail à temps très partiel ;
- soit la conjointe/cohabitante gagne un *revenu professionnel en noir* ; l'incitation au travail en noir est d'autant plus importante que ces revenus non déclarés échappent aussi à la fiscalité.

Aussi nous posons la question : est-il encore justifié, compte tenu de l'évolution sociale actuelle, d'octroyer gratuitement ces droits dérivés du mariage ou de la cohabitation :

- pour des conjoints ou cohabitants qui ne veulent pas se présenter sur le marché du travail et pas s'inscrire dans un processus de solidarité sociale, alors que depuis longtemps déjà, le *droit du travail* et le *droit de la sécurité sociale* offrent

- la possibilité de devenir titulaire de droits directs avant même d'avoir trouvé un emploi ;

- de très nombreuses possibilités de concilier la vie familiale avec la vie professionnelle (21) en demeurant titulaire de droits directs ;

- alors que depuis 1997, une nouvelle base d'assujettissement personnel (IRN) a été créée. A cet assujettissement personnel, l'ex-conjoint qui était personne à charge d'un titulaire devra éventuellement recourir en cas de divorce ?

Peut-on continuer à faire supporter par la solidarité sociale les conséquences de l'accroissement de la divortialité ?

Peut-on traiter de manière aussi inégale les ménages où un seul conjoint cotise à l'assurance soins de santé et ceux où les deux conjoints cotisent ?

En toute hypothèse, il est souhaitable, dès à présent, que les jeunes femmes soient, à la fin de leurs études, amenées à assumer la responsabilité personnelle de leur vie, de leurs droits mais aussi de leur participation à la solidarité sociale et qu'elles n'aient pas à déléguer, à un conjoint ou partenaire, cette responsabilité.

Cette solidarité sociale consiste à assumer le coût annuel des dépenses de l'assurance soins de santé. Or, pour l'assurance, le coût moyen par assuré, toutes catégories confondues, avait été en 2005, de 1.698,85 €. Il faut donc répartir la couverture d'une telle dépense de manière équitable, c'est-à-dire veiller à ce que les détenteurs de revenus élevés participent au financement de l'assurance soins de santé par des cotisations qui sont plus importantes que le coût moyen par assuré et que les détenteurs de revenus modestes participent par des cotisations inférieures à ce coût moyen. C'est la solidarité sociale verticale.

Deuxième partie : l'individualisation des droits et l'octroi des prestations

Dans la première partie, consacrée à l'assujettissement aux soins de santé qui doit mettre en œuvre la **solidarité verticale** entre les détenteurs de revenus plus élevés et ceux des revenus plus modestes, nous avons constaté que cette solidarité souffrait de nombreuses distorsions et que les personnes «à charge» d'un titulaire ne s'y impliquaient absolument pas. Si les travailleurs solidarisent une part importante de leurs revenus déclarés, il reste trop de «charges indues» non justifiables. L'individualisation de l'assujettissement à l'égard de l'assurance soins de santé permettrait d'élargir l'assiette de la solidarité sociale.

Cette deuxième partie, est consacrée à l'octroi des prestations de l'assurance. Ici, c'est la **solidarité horizontale** entre les bien portants et les malades qui doit être mise en œuvre.

Celle-ci suppose que la personne qui est malade ne subisse pas une chute de son niveau de vie trop grande par rapport aux bien portants ayant des revenus équivalents aux siens.

Et pour mesurer celle-ci, nous analyserons les principales mesures adoptées pour limiter les dépenses personnelles des personnes malades. Nous verrons que les prestations, autrement dit les remboursements des dépenses effectuées, sont à leur tour affectées par des considérations basées sur la composition et/ou sur les revenus du ménage de telle sorte que :

→ un ménage formé de deux titulaires bénéficie rarement, de remboursements avantageux, même s'ils sont tous les deux malades,

→ un ménage formé d'un titulaire et d'un bénéficiaire de droits dérivés bénéficiera plus souvent de remboursements avantageux même s'ils sont moins affectés par la maladie.

Ces fréquentes références à la composition ou aux revenus du ménage brouillent la philosophie de l'assurance soins de santé à la fois du côté de la solidarité sociale et du côté de la solidarité entre les bien-portants et les malades.

En effet, l'assurance soins de santé fonctionne sur base de remboursement total ou partiel des dépenses «admissibles» effectuées par l'assuré. Seules sont admissibles, les dépenses qui correspondent à des prestations qui sont énumérées dans les différentes nomenclatures et sont prescrites par un prestataire de soins. Le principe est simple : pas de prescription, pas de remboursement.

Il s'ensuit qu'une partie des dépenses de santé n'est donc pas du tout remboursable, comme le sont par exemple les dépenses pour les médicaments tels les vitamines, les gouttes pour le rhume, les aspirines, ainsi que les produits tels les bandages, thermomètres, etc...

Ces dépenses non remboursables affectent sérieusement le budget des personnes qui ont une santé fragile (22) ou des familles nombreuses. Comme elles ne figurent pas dans les dépenses remboursables, elles ne seront pas comprises dans les différentes mesures qui visant à alléger les dépenses personnelles de santé. Elles sont donc, de ce fait, totalement soustraites au circuit de la solidarité entre bien portants et malades. Retenons-le pour tout le reste de cet exposé.

Pour les dépenses admissibles, le remboursement est rarement complet. Reste à charge du patient, la part personnelle ou ticket modérateur. Or ce ticket modérateur étant forfaitaire, il va peser d'autant plus lourdement dans le budget que celui-ci est modeste. Prenons un exemple concret à partir de notre recherche comparant les conditions de vie des femmes monoparentales avec celles des mères vivant en couple. Si, sur base de l'enquête santé, le montant global des dépenses de santé restant à charge du ménage est moins élevé pour les premières que pour les secondes, par contre, la part de ces dépenses dans le budget du ménage est plus élevée pour les premières. En 2001, cette part représentait 8,8 % du budget chez les femmes monoparentales et 5,6 % du budget chez les mères vivant en couple. (23)

D'où la nécessité d'examiner attentivement les diverses modalités de remboursement des dépenses de soins et les dispositions prises par les pouvoirs publics et sociaux pour limiter l'impact de ces dépenses de soins sur les ressources des personnes malades.

§ 1. Le taux de remboursement : règle générale et dispositions particulières

Le montant du ticket modérateur ou de la part personnelle qui reste à charge de l'assuré est déterminé par le taux de remboursement. En règle générale, pour les titulaires ordinaires et les personnes à leur charge, le taux de remboursement des visites et consultations médicales est (en principe) fixé à 75 % des honoraires admis par convention. Le ticket modérateur est alors de 25 %.

Attention !

taux de remboursement plus élevé = ticket modérateur moins élevé

taux de remboursement moins élevé = ticket modérateur plus élevé

Mais cette règle générale connaît de nombreuses dispositions particulières.

→ Le taux de remboursement est **moins élevé pour certaines prestations**:

- il est de 70 % pour certaines consultations de généralistes ;
- il est de 65 % pour certaines visites à domicile par le généraliste ;
- il est de 60 % pour certaines consultations de spécialistes ;

→ Le taux de remboursement est **plus élevé pour certaines pratiques** qui encouragent la fidélisation : les personnes qui adoptent la formule du *dossier médical global* (DMG) auprès d'un généraliste bénéficient d'une réduction de 30 % du montant du ticket modérateur pour les consultations chez ce généraliste (ou même pour ses visites à domicile si elles sont atteintes d'une maladie chronique ou si elles sont âgées de plus de 75 ans).

→ Le taux de remboursement est **même complet** (ou plus exactement il n'y a pas d'honoraires à payer) pour toutes les prestations médicales et paramédicales délivrées dans le cadre d'une maison médicale qui fait l'objet d'une convention avec l'INAMI. Une telle maison médicale *abandonne le paiement à l'acte* pour toutes les personnes qui ont signé un abonnement avec elle. L'adhésion est individuelle.

→ Pour les médicaments le taux de remboursement dépend à la fois de la **catégorie du médicament** (catégories A, B, C, Cs, Cx) et du **statut social** du bénéficiaire. Nous ne nous attarderons pas ici sur ce cas complexe.

Hormis le cas des maisons médicales, le taux de remboursement des prestations est fixé à la *prestation* autrement dit à l'*acte médical* et aux *circonstances* dans lesquelles il est accompli ce qui explique que la fréquence des prestations joue un rôle si important dans le coût personnel des soins.

§ 2. Principales mesures visant à réduire le coût du ticket modérateur (la part personnelle) qui reste à charge de l'assuré lorsqu'il est malade.

Malgré les remboursements de l'assurance, les dépenses de soins qui restent à charge des patients très importantes. En 2005 le montant global des tickets modérateurs à charge des *malades* s'est élevé à 1.517.860.007 €, soit, en moyenne, \pm 146 € par *assuré*, malade ou non.

Si, à l'origine, l'instauration d'un ticket modérateur visait à freiner la surconsommation de soins, aujourd'hui il représente une réelle menace pour l'accessibilité financières aux soins de santé. Toutes les études sur la pauvreté et la précarité montrent que trop de personnes postposent des consultations ou renoncent à des soins considérés comme nécessaires. Aussi, depuis un certain temps déjà, les pouvoirs politiques et sociaux s'efforcent-ils de réduire de manière sélective cette partie «privatisée» des dépenses de santé.

A. Un remboursement plus favorable selon la catégorie sociale et le niveau des revenus des assurés.

→ Ce remboursement *préférentiel* concerne les prestations médicales, paramédicales et les médicaments remboursables

- Depuis 1963, un taux de remboursement plus élevé que le taux général est accordé à certaines catégories de personnes. Ce *régime préférentiel* était réservé à certains assurés dits -VIPO-, dénomination basée sur leur **statut** social (veufs/veuves, invalides, pensionnés, orphelins). Mais pour être reconnu comme VIPO au sens strict, il fallait ne disposer que de **revenus** considérés comme **modestes**. Il y avait donc enquête sur les revenus.

Depuis 1997, ce régime du *remboursement préférentiel* ou de *l'intervention majorée* a été étendu à d'autres catégories de personnes économiquement faibles qui, lors de l'attribution d'allocations sociales ou d'allocations d'aide, ont déjà été soumises à une enquête directe ou indirecte sur les revenus de leur ménage. Ces catégories de personnes, intitulées *bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)* sont aujourd'hui assez nombreuses.

Il s'agit :

- des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (**RIS**) ou d'une **aide sociale équivalente**,
- des bénéficiaires du **RGPA** devenu la **GRAPA**,
- des bénéficiaires d'une **allocation pour handicapés**,
- des bénéficiaires d'**allocations familiales majorées**,
- des **chômeurs complets de + de 50 ans** et qui sont chefs de ménage...

- Enfin, en avril 2007, une nouvelle extension de ces économiquement faibles a pris cours, avec l'instauration du statut OMNIO. Désormais le remboursement préférentiel peut être accordé à toute personne, même active occupée pour autant que ses revenus ne dépassent pas un certain plafond.

Ce plafond est différent pour un titulaire sans personne à charge et pour un titulaire avec personne à charge. Actuellement toute personne, dont les revenus annuels sont inférieurs à 14.337, 94 € si elle n'a pas de personne à charge ou à 16.992,27 € si elle a une personne à charge, peut bénéficier du statut OMNIO. La personne à charge est donc comptabilisée pour 2.654,33 € par an. Elle occasionne un relèvement du plafond du titulaire de $\pm 16\%$.

Lorsque le titulaire se trouve dans les conditions citées, tous les membres de son ménage bénéficient de l'intervention majorée puisqu'il ouvre le droit à toutes les personnes qui sont à sa charge. Ce plafond est légèrement inférieur au salaire minimum garanti. Un travailleur à temps plein, payé au SMIG, ne pourra donc pas bénéficier de ce remboursement préférentiel et si ce travailleur a un conjoint et des enfants à charge, ceux-ci ne bénéficieront pas davantage de ces remboursements préférentiels. Cette mesure, visant à réduire le poids des dépenses de santé des personnes disposant de faibles revenus, n'atteint donc malheureusement pas l'ensemble des «travailleurs pauvres» qui représentent près de 5% de l'ensemble des travailleurs et qui cotisent à l'assurance soins de santé sur la totalité de leur rémunération, contrairement aux catégories de personnes citées comme bénéficiaires de l'intervention majorée et OMNIO.

Le statut OMNIO concerne aujourd'hui un grand nombre de personnes à faibles revenus. Il semble avoir particulièrement bénéficié aux femmes monoparentales surtout à celles qui sont en chômage ou travaillent à temps partiel et/ou ne perçoivent pas de pension alimentaire. Mais la plupart des femmes monoparentales qui travaillent à temps plein ne peuvent pas bénéficier du statut OMNIO, ni pour elles-mêmes, ni pour leur(s) enfant(s) alors que les charges éducatives sont pour leur ménage plus lourdes que pour un ménage où l'épouse reste au foyer.

Evoquons aussi le cas des femmes mariées/partenaires de vie qui travaillant à temps partiel, risquent de faire perdre le bénéfice du statut OMNIO à leur conjoint/partenaire parce qu'elles ne peuvent pas être considérées comme «à charge». Nous sommes ici, une nouvelle fois, dans le cas où le fait d'exercer une activité professionnelle déclarée fait perdre des droits ou des avantages qui seraient acquis sans cela.

Entre avril 2007 et janvier 2008, ce nouveau statut OMNIO avait été reconnu à **112.419 assurés supplémentaires**.

Au 30 juin 2007, on comptait au total 1.225.334 bénéficiaires de *l'intervention majorée* ce qui représentait $\pm 13\%$ de l'ensemble des assurés. Ce pourcentage n'est pas loin de celui auquel aboutissent les enquêtes et travaux sur la précarité mais il permet un autre regard sur les catégories de personnes à revenus très modestes.

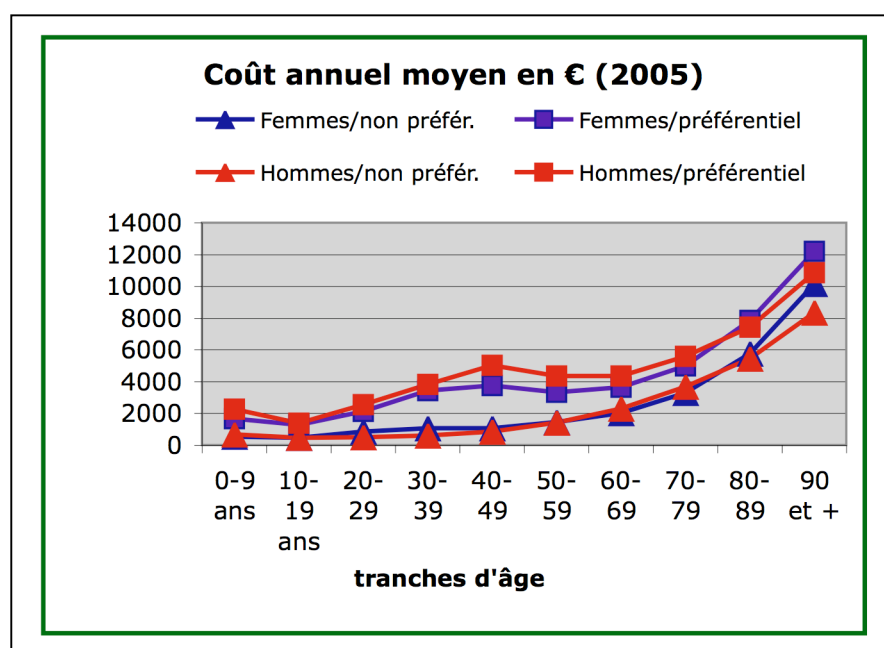
Répartition des bénéficiaires **tant BIM que OMNIO** de *l'intervention majorée* au 30 juin 2007 :

<u>catégorie d'assujettis</u>	<u>C.A.</u>	<u>% de la catégorie</u>
T.I.P.	246.059 soit	3,67 % des T.I.P.
Invalides	151.665 soit	47,9 % des invalides
Handicapés	82.006 soit	97,6 % des handicapés
Veuves	170.877 soit	44,2 % des veuves
Orphelins	1.693 soit	95,6 % des orphelins
Pensionnés	373.109 soit	22,8 % des pensionnés
IRN	199.925 soit	76,2 % des IRN

Ce système allège certes le coût des dépenses de soins des personnes à faibles revenus mais il ne fait aucune distinction entre celles qui sont souvent ou gravement malades et celles qui sont en bonne santé.

B. Le plafonnement des tickets modérateurs en fonction de l'importance des dépenses de santé : de la franchise sociale au «maximum à facturer» (MAF).

C'est pourquoi, les pouvoirs politiques et sociaux ont, depuis les années '90, adopté des mesures visant plus particulièrement les soins fréquents ou importants. Certes nous savons que les personnes à faibles revenus sont aussi celles qui témoignent souvent d'un mauvais état de santé mais nous observons aussi que les dépenses de santé augmentent de manière exponentielle avec l'âge (à partir de 60 ans) et cela aussi bien pour les personnes à faibles revenus que pour les assurés non préférentiels. Le graphique qui suit montre les dépenses moyennes par tranches d'âge, par sexe et par statut de remboursement (préférentiel et non préférentiel).



Graphique HPP, Source : INAMI.

Il est donc normal que les responsables politiques et sociaux aient cherché à garantir une accessibilité financière aux soins en fonction de l'importance des dépenses de santé. Il s'agit ici d'appliquer un principe de solidarité entre les malades et les bien-portants. Dans ce paragraphe-ci, nous analysons donc les mesures qui ont été adoptées pour que les bénéficiaires fréquemment ou gravement malades ne tombent de ce fait pas dans la pauvreté ou ne subissent pas une chute de leurs revenus trop conséquente...

En effet, depuis 1993, un nouveau principe a été instauré, celui de la **franchise sociale** ou de la **franchise fiscale** des tickets modérateurs dépassant un certain montant.

A ce moment, les bénéficiaires de la **franchise sociale** étaient identifiés par leur statut socio-économique. Aussitôt que le montant total des tickets modérateurs de leur ménage dépassait les 15.000 FB pour l'année en cours, la mutualité leur remboursait 100% des tickets ultérieurs jusqu'à la fin de l'année.

Les autres ménages pouvaient bénéficier, le cas échéant, d'une **franchise fiscale**. Mais l'exonération des tickets modérateurs intervenait lorsque le montant de ceux-ci dépassait une somme qui dépendait du niveau des revenus du ménage. En outre, le remboursement était effectué en termes de déductions fiscales et n'intervenait donc qu'avec un retard de \pm deux ans. Pour les revenus les plus élevés, il fallait atteindre plus de 50.000 FB de tickets modérateurs avant de pouvoir bénéficier de l'exonération fiscale.

A partir de 2002, la réglementation sur la franchise s'est adaptée et s'est transformée en une mesure intitulée le «*Maximum à facturer*» (**MAF**) qui se subdivise en *MAF social*, *MAF revenus modestes* et *MAF fiscal*.

Enfin depuis 2005, les bénéficiaires potentiels du **MAF** ont été regroupés en deux catégories, les bénéficiaires du *MAF social* et les bénéficiaires du *MAF revenus*. Tous sont désormais remboursés en cours d'année. Les mutualités se chargent de l'application de la mesure. Elles disposent de toutes les données nécessaires grâce à la Banque Carrefour de Sécurité Sociale. Elles se font ensuite rembourser par l'INAMI.

Rappelons que cette mesure concerne les dépenses médicales et paramédicales, les médicaments prescrits, les tickets modérateurs pour les hospitalisations.

- le *MAF social* : est octroyé aux ménages qui bénéficient de l'«*intervention majorée*» . Tous les ménages BIM et OMNIO sont concernés. Ils ne doivent pas payer plus de 450 € par an de tickets modérateurs. Dès que cette somme est atteinte, la mutualité doit prendre en charge tous les tickets modérateurs ultérieurs jusqu'à la fin de l'année.

Ce plafond de 450 € par an représente malgré tout une dépense assez élevée pour des personnes ayant d'importants problèmes de santé et disposant de faibles revenus et qui, malgré tout, assument entièrement les «petites» dépenses de santé non remboursables.

- le *MAF «revenus»*: concerne tous les autres ménages. Le montant des tickets modérateurs au-delà duquel la part personnelle est totalement remboursée dépend des revenus annuels nets du ménage.

Plafond annuel des tickets modérateurs par tranches de revenus annuels (2008)

450 €	0 à 15 420,19 €
650 €	15 420,20 à 23 705,66 €
1 000 €	23 705,67 à 31 991,15 €
1 400 €	31 991,16 et 39 931,39 €
1 800 €	39 931,40 € et plus

Pour l'année 2005, nous pouvons établir un bilan de cette nouvelle mesure et constater le nombre important d'assurés dont les tickets modérateurs ont été ainsi plafonnés et l'importance de la dépense que cela représente pour l'assurance soins de santé.

Bilan chiffré du MAF au 10/07/2006 (exercice 2005)

Types de MAF	Nombre de ménages bénéficiaires	Nombre de personnes bénéficiaires	Montants remboursés
MàF social	211.796	442.819	70.778.547 €
MàF revenus (450 €)	100.051	167.316	39.650.429 €
MàF revenus (650 €)	131.014	248.278	63.427.699 €
MàF revenus (1.000 €)	37.203	76.506	19.220.665 €
MàF revenus (1.400 €)	9.862	21.070	6.189.131 €
MàF revenus (1.800 € et plus)	12.914	31.804	7.679.437 €
autres bénéficiaires		648	247.337
autres bénéficiaires		5.521	1.573.861 €
Total	502.840	993.962	208.767.108 €

Source : Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale (2006-2008), Belgique, p.120.

De telles mesures ont donc une valeur sociale incontestable et cependant elles méritent un double éclairage critique.

D'un côté, elles soumettent un nombre croissant d'assurés à l'enquête sur les ressources. Cette enquête, généralement vécue comme désagréable, suscite en outre des suspicions malveillantes auprès des tiers. Mais surtout, elles discréditent le principe même de l'assurance sociale. En effet, il doit y avoir près d'1,5 millions d'assurés qui sont aujourd'hui amenés à faire l'aveu des revenus de leur ménage pour pouvoir bénéficier de certains avantages inclus dans l'assurance soins de santé. Ce sont évidemment les assurés des milieux les moins favorisés qui sont les plus nombreux à être soumis à ces enquêtes.

Cette situation incite les assurances commerciales complémentaires à doubler (dribbler) l'assurance obligatoire. Elles s'attirent la sympathie du public concerné en remboursant ce à quoi elles s'engagent sans inquisition sur les revenus.

Un autre éclairage critique concerne la distorsion que l'on retrouve, comme dans les autres branches de la sécurité sociale, entre l'assujettissement qui est **individuel** ou **personnel** (il n'y a pas de majorations de cotisations pour les adultes à charge du titulaire) et l'octroi de prestations qui, dans un grand nombre de cas, se réfère aux **revenus du ménage**. Sans oublier que les bénéficiaires de droits dérivés, assujettis gratuitement, bénéficient des prestations dans les mêmes conditions que le titulaire.

Cette distorsion peut créer un sentiment d'injustice sociale dans de nombreuses circonstances.

Prenons un exemple concret. Mr. X, un indépendant pensionné, ayant travaillé et cotisé toute sa vie, est atteint d'une maladie grave qui le confine à domicile et nécessite des interventions et soins multiples ainsi qu'une aide presque permanente. S'il était isolé, il bénéficierait du **MAF revenus à partir de 450 €** de tickets modérateurs. Mais comme il est marié et que sa conjointe dispose d'une pension de fonctionnaire, il ne peut bénéficier d'aucun **MAF revenus** (à moins de dépasser les 1800 € de tickets modérateurs). S'il n'avait jamais travaillé ni cotisé et qu'il était à charge de sa conjointe, il recevrait les mêmes soins qu'actuellement et bénéficierait du **MAF revenus** à partir de **1000 €** de tickets modérateurs.

Le fait d'être marié et d'avoir cotisé l'empêche pratiquement de bénéficier du **MAF/revenus** auquel il pourrait prétendre s'il n'avait pas travaillé et/ou s'il n'était pas marié/cohabitant.

Autre exemple, où se cumulent les discriminations de l'invalidité et des prestations de soins.

Une travailleuse salariée, d'une cinquantaine d'années, ayant cotisé depuis près de 30 ans, est atteinte d'un vilain cancer qui nécessite plusieurs hospitalisations et des soins multiples et complexes. Elle est aujourd'hui en invalidité. Mais comme son mari est indépendant, elle est considérée comme cohabitante. Elle ne touche donc **46,97 €** par jour ce qui représente **une perte de 15,27 €** par jour (soit une perte de **± 458 € par mois**) par rapport au statut d'isolé. Elle ne peut bénéficier du statut **BIM** **puisque** on tient compte des revenus du ménage. Elle doit assumer certains soins coûteux et nécessaires qui ne sont pas remboursables en ambulatoire. Malgré cela, elle aurait atteint le **MAF de 650 €** si on ne tenait compte que des revenus d'une invalide/isolée. Mais, il lui faudra atteindre les **1800 € de tickets modérateurs** avant de pouvoir bénéficier du MAF puisque l'on tient compte des revenus de son mari...

Pour les ménages de deux titulaires, cette situation n'est ni juste, ni sociale, ni familiale. A cela s'ajoute le fait que, même pour deux titulaires ayant cotisé, l'application d'une enquête directe ou indirecte sur les revenus du ménage devient de plus en plus fréquente pour l'octroi de remboursements plus favorables, ce qui les écarte souvent de ces mesures. Inutile de dire que l'«effort social» n'est pas récompensé.

Conclusions générales

Comme nous l'avons dit dans l'introduction, le principal souci social et politique a été d'élargir le champ d'application de l'assurance soins de santé et de l'accessibilité financière de tous les soins y compris les petits risques.

Le difficile équilibre budgétaire de l'assurance a amené les responsables politiques et sociaux à louvoyer entre la recherche de recettes suffisantes, le contrôle des dépenses remboursables et l'attribution de remboursements plus favorable à des groupes ciblés en fonction de la faiblesse de leurs revenus et de l'importance de leur recours aux soins.

Mais, au regard de l'évolution actuelle, ces mesures si sociales soient-elles, semblent manquer de cohérence à plusieurs points de vue.

Nous assistons dans l'assurance soins de santé, comme dans les autres branches de la sécurité sociale, à une distorsion entre les conditions d'assujettissement à la sécurité sociale et les conditions d'octroi des prestations. L'assujettissement est individuel ou personnel : il n'y a pas de cotisation pour financer l'assujettissement des personnes à charge. Par contre, il est souvent fait référence directement ou indirectement aux revenus du ménage lors de l'octroi des prestations. Les distorsions de l'assurance soins de santé et de l'assurance maladie-invalidité s'additionnent.

Cette distorsion permet au mariage ou au partenariat de discréditer la valeur des cotisations sociales et de la présence sur le marché du travail déclaré. En effet, une femme mariée ou partenaire de vie obtient le même droit à l'assujettissement à l'assurance soins de santé en ne cotisant pas que les travailleuses (mariées ou partenaires) qui cotisent. Les travailleurs mariés perdent les droits qui pour d'autres, dérivent du mariage/partenariat, ou encore, le mariage/partenariat fait perdre aux travailleurs des droits directs qu'ils auraient s'ils n'étaient pas en ménage.

Le droit dérivé du mariage/partenariat représente, de ce fait, un «piège à l'emploi» ou à l'accès au marché du travail qui est tout à fait contradictoire par rapport aux objectifs dits de Lisbonne.

Dans tous les cas de figure, les ménages formés de deux travailleurs cotisants ou assimilés bénéficient, le cas échéant, des remboursements les moins favorables. L'enquête directe ou indirecte sur les revenus du ménage introduit une conditionnalité lors de l'octroi du droit aux remboursement plus avantageux qui est particulièrement choquante pour les ménages doublement titulaires lorsqu'ils ont à faire face à d'importantes dépenses personnelles de soins. Ces ménages sont à deux à s'être engagés dans le processus de la *solidarité sociale* et bénéficient moins que d'autres de la *solidarité entre les malades et les bien portants*.

La notion de «personne à charge» est particulièrement indécise. Un ménage de deux titulaires dont l'un des deux est invalide et reçoit aide et soins de l'autre sont tous deux considérés comme n'ayant pas de personne à charge. Par contre un titulaire, avec une partenaire en bonne santé qui n'exerce pas d'activité professionnelle, est considéré comme ayant une personne à charge.

On présuppose que la conjointe/partenaire de vie qui n'exerce pas d'activité professionnelle ne dispose pas de revenus personnels.

C'est oublier

→ que ce conjoint dispose parfois de biens mobiliers ou immobiliers personnels ;

→ que son mari ou partenaire lui transfère, au titre de quotient conjugal, un revenu fictif dont le montant peut être minime mais pas nécessairement

→ que son mari ou partenaire peut avoir souscrit à son intention une assurance commerciale complémentaire en soins de santé alors qu'il n'a pas dû contribuer, pour elle, à l'assurance légale.

Au vu de la complexité du budget de l'assurance soins de santé, il semble tout indiqué d'amener le plus grand nombre possible de bénéficiaires de l'assurance à s'inscrire dans le principe de la solidarité sociale et de la solidarité entre les bien portants et les malades, autrement dit que les bénéficiaires soient assurés soit par le biais du marché du travail (droits individuels directs), soit par l'inscription au registre national (droits personnels).

Enfin il est évidemment souhaitable qu'à l'aube de leur vie active les jeunes femmes considèrent désormais leur vie sociale de manière autonome. Que l'accès à la sécurité sociale ne dépende pas d'un conjoint ou partenaire et surtout qu'elles soient amenées à s'engager individuellement ou personnellement dans le processus de la *solidarité sociale et de la solidarité entre les bien portants et les malades*.

Notes

* Intervention d'Hedwige Peemans-Poullet, membre du Comité de Liaison des Femmes, membre fondatrice de l'Université des Femmes, lors de la Journée d'Etude "Individualisation des droits en sécurité sociale" organisée le 15/12/2008 par le Comité de Liaison des Femmes, le Nederlandstalige Vrouwenraad, l'Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes.

1. L'individualisation des droits dans l'assurance maladie-invalidité des travailleurs salariés. Etude réalisée pour le Ministère de la Prévoyance sociale [sous la dir. de Hedwige Peemans-Poullet avec la collaboration de Joëlle Carton de Tournai, avec la participation de Christiane Hallin et Dirk Marcelis], éd. Université des Femmes, Bruxelles, 1994, 219p.
2. Michel Deffet et Christel Nuyens, «Essai sur les droits dérivés» dans Revue Belge de Sécurité Sociale, 1999, 3, p.633-646.
3. Elle sera publiée, au cours du premier trimestre 2009 dans les actes de la journée d'étude « Individualisation des droits en sécurité sociale » du 15/12/2008.
4. Marie-Thérèse Lanquetin, Anissa Allouache, Nicole Kerschen, Marie-Thérèse Letablier, *Individualisation et familialisation des droits en matière de protection sociale et droits fondamentaux en Europe*, Dossier d'études n° 49, Caisse Nationale des Allocations Familiales, Paris, 2003, p.143.

5. dans une perspective des «droits fondamentaux» comme le propose M.-Th. Lanquetin, op. cit.
6. En Belgique, on a l'habitude de distinguer les liens contractuels entre adultes capables d'autonomie (mariage, cohabitation) et les liens entre parents et enfants.
7. Communication de la Commission du 12 mars 1997 [(COM(97)102)] p.17. Le terme «individualisation» se réfère au vocabulaire de la Commission qui, depuis l'adoption de la Directive 79/7/CEE du 19 décembre 1978, considère, qu'en sécurité sociale, l'égalité de traitement entre hommes et femmes nécessite de procéder à l'individualisation des droits.
8. Principalement, les agents des services publics, les sportifs, les étudiants, le clergé
9. Je voudrais citer à ce propos, un passage d'un arrêt d'une Cour de cassation française qui s'offusque de l'indignité d'une telle situation. En effet, en 1998, elle avait cassé l'Appel d'un époux demandant le divorce pour rupture de la vie commune. Cet époux prétendait ne pas pouvoir payer l'assurance maladie volontaire de femme. *«Le divorce, écrit la Cour, aboutit à la perte par celle-ci de toute couverture sociale, tandis que, en restant mariée, elle continue à être ayant droit de son mari de sorte que le divorce doit être considéré comme entraînant pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.»* Le commentateur du jugement précise : *«Dans cette hypothèse, il peut paraître judicieux au juge du fond de différer[...] le divorce jusqu'au moment où l'époux demandeur sera en état de faire face à ses obligations afin qu'il ne puisse, avec une légèreté constante, ni rejeter les conséquences pécuniaires de ses propres défaillances sur la collectivité, ni contraindre, voire humilier son conjoint d'avoir à solliciter, pour son affiliation à l'assurance personnelle, l'aide d'une collectivité publique ou privée.»*

Cet arrêt français pourrait parfaitement s'appliquer chez nous au cas des femmes divorcées, autrefois PNP mais aujourd'hui inscrites comme IRN.

Marie-Thérèse Lanquetin, Anissa Allouache, Nicole Kerschen, Marie-Thérèse Letablier, *Individualisation et familialisation des droits en matière de protection sociale et droits fondamentaux en Europe*, Dossier d'études n° 49, Caisse Nationale des Allocations Familiales, Paris, 2003, p.143, note 470.

10. sur base de la déclaration fiscale
11. tous les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'allocations sous conditions de ressources sont automatiquement exonérés de cotisations.
12. voir plus loin : statut BIM, [(revenu annuel inférieur à 14.624 € (ou plus s'il y a personne à charge)],
13. Soulignons que parmi les IRN peuvent figurer des personnes qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif. Elles ne peuvent ouvrir leur droit autrement, ni comme personne à charge d'une titulaire ni comme personne handicapée.

14. **Les descendants**, autrement dit les enfants ; ils ne peuvent pas accéder au marché du travail avant un certain âge et sont donc évidemment à charge de leurs parents. Nous n'évoquons pas ce cas dans les discussions sur les droits dérivés. **Les descendants**, autrement dit les enfants ; ils ne peuvent pas accéder au marché du travail avant un certain âge et sont donc évidemment à charge de leurs parents. Nous n'évoquons pas ce cas dans les discussions sur les droits dérivés.
15. Source : INAMI, II Régime des travailleurs salariés, C. Statistiques, 2. Soins de santé, p. 135.
16. Travailleurs occupés, CCI demandeurs d'emploi ou non, prépensionnés.
17. Nota bene : le plafond des revenus permettant d'être considéré comme «à charge» n'est pas le même pour chacune de ces branches.
18. A ne pas confondre avec la pension alimentaire. La pension de divorcée est calculée sur la base de la pension de retraite de l'ex-conjoint, sans diminuer les droits de celui-ci, et au prorata du nombre d'années de mariage. Seront déduites du calcul les années au cours desquelles la divorcée a exercé une activité professionnelle et n'était donc pas «à charge» du moins si le montant de ces années promérité pour sa retraite personnelle dépasse le montant provenant de la retraite de divorce.
19. L'utilisation courante du terme «pensions alimentaires» est très mal venu car il prête à confusion. Il s'agit d'une rente qui n'est assortie d'aucun droit. Les femmes divorcées pourraient s'efforcer de faire inclure dans le montant de cette rente le coût des droits sociaux perdus.
20. Il existe une condition d'âge, de durée du mariage et/ou d'enfant à charge...ou encore de handicap.
21. Rappelons-en les principaux éléments : congé de maternité, congé de paternité, congé parental, congé pour assistance médicale, congé pour soins palliatifs, interruption de carrière/crédit temps...sans parler des possibilités présentes dans le cadre de la sécurité sociale : assurance continuée (soins de santé), chômeurs complets indemnisés non demandeurs d'emploi pour motifs familiaux ou sociaux...
22. parmi lesquelles les femmes et les assurés à faibles revenus sont surreprésentés.
23. M.-Th. Casman, M. Nibona, H. Peemans-Poullet, *Femmes monoparentales en Belgique*, coll. Pensées féministes, éd. Université des Femmes, Bruxelles, 2006, p.196.