

Protéger durablement

Edito



Qu'attendons-nous de la Sécurité sociale? Alors que la Belgique compte plus d'un demi-million de personnes en incapacité de travail de longue durée et que leur situation alimente régulièrement le débat public, les discussions se concentrent souvent sur le nombre de bénéficiaires, sur les dépenses liées au système, ou les mesures susceptibles de favoriser le retour à l'emploi. Plus rarement, les débats s'attardent sur une question pourtant essentielle : que sommes-nous en droit d'attendre d'un système de Sécurité sociale? S'agit-il simplement de compenser partiellement une perte de revenu lorsque l'état de santé empêche temporairement de travailler, ou d'offrir aux assurés une protection suffisante pour préserver leur niveau de vie, leur accès aux soins et leur participation à la vie sociale aussi longtemps que ce risque se réalise?

Dans l'ouvrage de référence *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990), le sociologue danois Gøsta Esping-Andersen propose de comparer les systèmes de protection sociale selon la manière dont ils organisent les relations entre l'État, le marché et la famille. Au cœur de son analyse figure la notion de démarchandisation (*decommodification*), qui renvoie à la capacité que la société offre aux individus de maintenir des conditions de vie socialement acceptables sans dépendre entièrement de leur participation au marché du travail. Selon lui, un système de sécurité sociale ne se caractérise donc pas uniquement par les mécanismes d'assurance qu'il met en place contre les principaux risques sociaux, mais aussi par sa capacité à

permettre aux personnes concernées de préserver des conditions de vie socialement acceptables lorsque ces risques se réalisent.

Cette perspective est particulièrement féconde, car elle invite à interroger notre Sécurité sociale à l'aune de la relation de dépendance qui lie les individus au marché du travail et de l'autonomie que la protection sociale est censée leur garantir. Dans quelle mesure la Sécurité sociale permet-elle réellement aux personnes confrontées à la maladie, à l'invalidité ou à des difficultés financières d'accéder aux ressources nécessaires pour vivre dignement, se soigner et participer pleinement à la vie sociale sans être enfermées dans une trajectoire de précarisation? Mais cette interrogation renvoie également à une question plus fondamentale : dans quelle mesure l'État assume-t-il sa responsabilité de garantir l'effectivité de ces droits sociaux lorsque les mécanismes du marché ne permettent plus à eux seuls d'assurer la sécurité matérielle des individus?

Les deux études présentées dans ce numéro de *Santé & Société* apportent un éclairage concret à ces interrogations. Dans l'étude *La situation financière des personnes en invalidité*, basée sur l'analyse des réponses d'un large échantillon comptant plus de 8.500 membres de la Mutualité chrétienne en situation d'invalidité à une enquête que nous avons menée en ligne, nous montrons que l'invalidité ne constitue pas une situation d'oisiveté financièrement confortable, mais se traduit surtout par une fragilisation importante des conditions de vie. Bien que la Sécurité sociale leur octroie un revenu de remplacement, les analyses menées suggèrent que 47% des personnes en invalidité ont des difficultés à faire face à leurs dépenses courantes, 63% rencontrent des difficultés pour couvrir certaines dépenses essentielles et 48% reportent ou renoncent à des soins pour des raisons financières. Un quart d'entre elles ont dû emprunter de l'argent pour faire face à certaines



dépenses. Ces résultats interpellants montrent que, si le système protège dans une certaine mesure, il n'empêche pas la précarisation financière d'une proportion importante de personnes en invalidité, ni le report ou le renoncement aux soins pour raisons financières, ce qui est susceptible de freiner leur rétablissement. Autrement dit, si la Sécurité sociale réduit dans une certaine mesure la dépendance financière au marché du travail en cas d'incapacité à travailler, elle ne parvient néanmoins pas toujours à en neutraliser totalement les conséquences économiques, laissant une partie des personnes avec des besoins de soins exposées à une dégradation importante de leur capacité financière. Ce qui affecte de façon concomitante leur accès aux soins, leurs conditions de vie et risque de porter atteinte à leur santé.

L'étude *L'interdiction des suppléments d'honoraires en ambulatoire pour les bénéficiaires de l'intervention majorée*, interroge une autre dimension de cette même problématique : la capacité du système à préserver, voire à renforcer l'accès aux soins de ceux et celles qui sont les plus précaires. À partir des données de facturation de la Mutualité chrétienne, pondérées pour être représentatives de la population belge, les analyses rendent compte des effets de l'interdiction de la facturation de suppléments d'honoraires en ambulatoire pour certain-es bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) sur les pratiques tarifaires des médecins et sur les coûts des soins à charge des patient-es. Les résultats montrent que si l'interdiction des suppléments réduit effectivement certains coûts pour les bénéficiaires visé-es, ce qui était l'objectif de la mesure, elle ne conduit pas pour autant à une diminution globale de la charge financière supportée par les patient-es. L'étude met en évidence des mécanismes de réallocation des charges financières au sein du système, notamment par le recours à d'autres formes de facturation de suppléments qui n'en portent pas le nom, faisant en sorte que les contributions personnelles globales ne diminuent pour aucune

catégorie de patient-es. Autrement dit, la mesure a permis de colmater une brèche – celle d'éviter que des suppléments d'honoraires soient facturés à certains profils de BIM – sans empêcher que la pression tarifaire ne soit reportée ailleurs.

Au-delà de leurs objets respectifs, ces deux études pointent une même difficulté. Les revenus de remplacement limitent les conséquences de l'incapacité de travail sans toujours empêcher la dégradation importante de la capacité financière des patient-es, tandis que les mécanismes destinés à améliorer l'accessibilité financière des soins peuvent être contournés ou neutralisés par des stratégies de report de facturation. Dans les deux cas, la protection existe, mais ses effets demeurent partiels.

Les travaux récents de la philosophe américaine Nancy Fraser apportent un éclairage utile à ces constats. Dans son ouvrage *Cannibal Capitalism* (2022), elle soutient que les sociétés contemporaines sont traversées par une tension permanente entre les logiques de marché et les institutions chargées de préserver les conditions matérielles de la vie sociale. Là où Esping-Andersen nous aide à penser le degré de dépendance des sociétés au marché du travail, Fraser nous invite à observer les forces qui tendent continuellement à réintroduire cette dépendance, et à réimposer une logique marchande.

Les résultats des deux études publiées dans ce numéro illustrent concrètement cette tension. D'un côté, la solidarité collective réduit, tant que faire se peut, les conséquences de la maladie. De l'autre, des mécanismes persistants continuent à produire ou reproduire des inégalités : revenus insuffisants, frais de santé élevés, suppléments d'honoraires ou effets de seuil. Pour Fraser, c'est précisément cette contradiction qui caractérise une forme de cannibalisme du capital. Elle entend par là que nos sociétés sont prises dans une tension permanente. Dépen-

dantes de dispositifs de protection sociale pour maintenir la cohésion sociale et la capacité des individus à vivre, se soigner et participer à la vie collective. Mais limitant simultanément leur portée par la réintroduction permanente de contraintes économiques et marchandes en leur sein.

Cette lecture permet de dépasser une question souvent posée de manière trop simpliste : la Sécurité sociale protège-t-elle ? Les résultats présentés dans ce numéro montrent qu'elle protège effectivement, mais insuffisamment. Mais ils montrent aussi qu'elle ne le fait pas toujours suffisamment pour empêcher une dégradation durable des conditions de vie. Autrement dit, elle amortit souvent les conséquences des risques sociaux sans toujours parvenir à empêcher leur transformation en trajectoires de précarisation.

Cette observation nous renvoie à la question fondamentale posée au début de cet éditorial : qu'attendons-nous réellement de la Sécurité sociale ? Il faut non seulement qu'elle soit en capacité d'amortir les effets des accidents de la vie, mais sans doute plus encore, qu'elle empêche ces situations de se transformer en trajectoires de renoncement aux soins ou de déclassement social. Face à la maladie, à l'invalidité ou aux difficultés d'accès aux soins, une assurance sociale digne de ce nom se doit d'atténuer les effets d'un choc lorsqu'il survient, mais également préserver dans le temps les conditions qui permettent aux personnes de jouir pleinement de leurs droits sociaux, de vivre dignement, de se soigner, et de participer à la vie en société. Protéger durablement, c'est faire en sorte que la maladie, l'invalidité ou le besoin de soins ne deviennent pas eux-mêmes des trajectoires de précarisation et d'exclusion.

Nicolas Rossignol
Responsable du Service d'études MC-CM

Bibliographie

- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge : Polity Press.
- Fraser, N. (2022). *Cannibal Capitalism: How Our System Is Devouring Democracy, Care, and the Planet and What We Can Do About It*. London : Verso.

